



# Salud Ocular de los Niños

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Dirección del médico de atención primaria del paciente/pediatra: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria del paciente/pediatra: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico/pediatra: \_\_\_\_\_

## Síntomas recientes:

Sí	No	Cuánto tiempo?	Sí	No	Cuánto tiempo?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos cruzados o errantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos cansados al leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lagrimo o descargas frecuente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos entrecerrados en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Torpeza o colisiones contra objetos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en el desempeño escolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frotamiento excesivo de ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad de aprendizaje

## Historial de problemas en los ojos: ¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes?

Sí	No	Edad	Sí	No	Edad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen de los ojos de un oculista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones oculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía ocular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parches en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas oculares

## Historial de nacimiento:

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lb o ( \_\_\_\_\_ kg) , \_\_\_\_\_ oz o ( \_\_\_\_\_ g).

Sí	No	En caso afirmativo: ¿cuál fue el problema?	Sí	No	En caso afirmativo: ¿por qué?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas durante el embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El parto ocurrió con más de 2 semanas de adelanto o atraso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas durante el parto o parto con fórceps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El bebé se quedó en el hospital debido a enfermedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desarrollo retardado

## Otros problemas médicos:

Sí	No	Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de déficit de atención
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes de los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	El niño tiene un Plan de Educación Individual?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas de los oídos, nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Alergias</b> (favor de hacer una lista): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los pulmones			_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos			_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre o pérdida de peso			_____

## Medicamentos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

## Historial familiar: ¿Ha tenido alguno de los parientes del paciente cualesquiera de los siguientes?

Sí	No	Sí	No		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma en la infancia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambliopía (ojo perezoso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad grave de los ojos: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento con parches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad genética (que se hereda en la familia) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estrabismo (ojo bizco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enfermedades graves: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía del músculo ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Están ambos padres vivos y con buena salud?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anteojos antes de los 6 años			_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas en la infancia			_____

Revisado por: Dr. \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

¿Niño de la etnia?

<input type="checkbox"/> White/Caucasian	<input type="checkbox"/> Asian _____
<input type="checkbox"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Is.
<input type="checkbox"/> Hispanic, Latino or Spanish origin	<input type="checkbox"/> Other race _____
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska native	_____