



Estimados padres/madres y tutores,

Lo primero de todo es darles las gracias por su confianza, y agradecerles la confianza que han puesto en nosotros.

Es importante que rellene este formulario con unos datos sobre el niño/a. La información que nos dé es muy valiosa a la hora de preparar las pruebas que mejor se ajusten a las características de su hijo/a y permitirá que le dediquemos más tiempo a su hijo/a en el gabinete, al tener anotados estos datos. Por ello, rogamos nos reenvíe este cuestionario completo por email, o en persona al centro antes de su cita.

En dicha consulta haremos un examen optométrico completo, de aproximadamente 30 minutos, donde un Optometrista del centro analizará las capacidades visuales y posibles anomalías, para luego poder tratarlas de la mejor manera posible, ya sea en nuestro centro o derivando a otros especialistas.

LE RECORDAMOS LOS DATOS DE SU CITA:

Nombre:

Fecha:

Hora:

Jesús Peña Parrado
Óptico-Optometrista
Col. 14955

Todos estos datos serán tratados de manera totalmente confidencial, y los guardaremos en el historial del paciente, cumpliendo con la actual normativa RGPD, que deberá firmar dando su consentimiento una vez acuda a su cita.



INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO/A

Nombre y Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombres de Padre/MADRE/TUTOR: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Teléfono y persona de contacto: _____

¿Dónde nos ha conocido?: _____

¿Cuál es el motivo principal de la consulta?: _____

HISTORIAL Y DATOS MEDICOS Y DEL DESARROLLO

¿Fue su embarazo normal y llegó a su fin según lo programado? _____

¿Fue parto natural y sin incidencias? si no ¿Cesarea? si no

¿Toma medicación? si no ¿Para que? _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado el niño/a? si no Motivos: _____

¿Hay antecedentes familiares de Glaucoma Diabetes Hipertensión ?

Otras Enfermedades de importancia: _____

¿Sufre algún problema crónico? si no ¿Es alérgico? si no ¿A qué? _____

¿Suele tener recaídas y enfermedades a menudo? _____

¿Cuántas horas duerme entre semana? _____

¿Considera que es un niño/a ágil? si no ¿Es inquieto? si no

¿Tiene en exceso algún problema de comportamiento? (hiperactividad, no escucha, se concentra poco, impulsivo, se frustra, mala memoria, no le gustan las tareas de cerca) _____

¿Le dan miedo los médicos? si no

Describe brevemente a su hijo/a: _____

COLEGIO

Edad de comienzo de colegio/guardería: _____

¿Le gusta el colegio? _____ ¿Y el profesor? _____

¿Ha repetido algún curso? _____

¿Ha necesitado algún apoyo especial en el colegio (logopeda, psicólogo, etc.)? _____

Su trabajo en el colegio está: Por encima de la media En la media Por debajo de la media

¿Cree usted que su hijo rinde al máximo de sus posibilidades? _____

¿Cuál es la asignatura que más le gusta? _____ ¿Y la que menos? _____

¿Es diestro o zurdo? _____

INFORMACIÓN VISUAL

¿Es la primera vez que le va a hacer un examen visual? si no Fecha último examen visual : _____

¿Se prescribieron gafas? si no ¿Las usa? si no ¿Cuándo? _____ ¿Le gustan? si no

¿Realizó terapia visual, cirugías, parches, medicación ocular, etc.? _____

¿Cuántas horas lee libros? _____ ¿Cuántas horas al día usa PC/tablets y dispositivos móviles? _____

¿Cuántas horas pasa al día jugando en exteriores? _____

¿Se queja su hijo/a de alguno de los siguientes síntomas?:

Dolor de cabeza si no Visión borrosa si no Ojos cansados y doloridos si no Visión Doble si no

¿En la familia quien usa gafas? _____

¿Ha notado usted alguno de los siguientes signos en su hijo/a?:

Dolores de cabeza frecuentes si no Cuando _____

Picor de ojos

Cansancio ocular

Visión doble

Visión borrosa de lejos

Visión borrosa de cerca

Tiende a cerrar un ojo

Le molestan las luces

Ojos rojos con frecuencia

Orzuelos

Parpadeo en exceso

Se acerca al dibujar/leer o escribir

Frunce el ceño al leer o ver la TV

Se come palabras al leer o escribir

Inclina la cabeza al leer o ver la TV

Se cansa fácilmente al leer

Su capacidad motora y agilidad es reducida con respecto a la media

INFORMACIÓN FAMILIAR

Las preguntas que se le plantean en esta apartado nos ayudarán a la hora de plantear un tratamiento si fuera necesario. Son preguntas personales y de respuesta opcional. Si no desea contestarlas déjelas en blanco.

¿Cuántos hermanos/as tiene? _____

Nombre y edades de los hermanos/as:

Padres divorciados si no

¿Puede haber sucedido algún evento que considere traumático para el niño/a?