



**Cuestionario de la Vista y del Oído
Historial del Ojo y del Oído**

Nombre de hijo/a: _____ **Sexo:** _____

Edad: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de madre: _____ **Nombre de padre:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Primer Número de teléfono: _____ **Segundo Número de teléfono:** _____

Información General

1. ¿Pesó su hijo/a menos de 5 ½ libras al nacer? ___ Sí ___ No
2. ¿Tenía su hijo/a un problema con respirar al nacer? ___ Sí ___ No
3. ¿Tenía su hijo/a ictericia amarillo al nacer? ___ Sí ___ No
4. ¿Ha sufrido su hijo/a un golpe a la cabeza? ___ Sí ___ No
5. ¿Tenía la madre del hijo/a rubéola (3 días) durante su embarazo? ___ Sí ___ No
6. Liste los nombres de niños más juvenes en la familia:

Historial de Ojos en la Familia

1. ¿Ha visitado su hijo/a al oculista? ___ Sí ___ No
- Si SÍ, por favor explique: _____
2. ¿Usa su hijo/a anteojos? ___ Sí ___ No
 3. ¿Ha visto Ud. unos indicios que indique las dificultades de ojos con su hijo/a? ___ Sí ___ No
 4. ¿ Se le ven los ojos cruzados a su hijo/a especialmente cuando está cansado o enfermo? ___ Sí ___ No
 5. ¿ Algún miembro de la familia de su hijo/a padece de ojos cruzados?
 ___Madre ___ Padre ___ Hermano/a ___ Abuelo/a
 6. ¿Ha tenido su hijo/a una cirugía del ojo? ___ Sí ___ No
 7. ¿ Algún miembro de la familia de su hijo/a tiene un ojo más débil que el otro?
 ___Madre ___ Padre ___ Hermano/a ___ Abuelo/a

Historial de Oídos en la Familia

1. ¿ Algún miembro de la familia de su hijo/a tiene una pérdida del oído?
 ___Madre ___ Padre ___ Hermano/a ___ Abuelo/a
2. ¿Ha tenido su hijo/a un examen del oído? ___ Sí ___ No
3. ¿Tiene su hijo/a infecciones, dolores o drenaje de los oídos? ___ Sí ___ No
4. ¿Tiene su hijo/a alergias? ___ Sí ___ No
5. ¿ A su hijo/a le han extirpado por medio de cirugía los adenoides o amígdalas? ___ Sí ___ No
6. ¿Tiene su hijo/a tubos de oídos quirúrgico? ___ Sí ___ No
7. ¿Tiene su hijo/a pérdida del oído? ___ Sí ___ No

Nombre del médico de su hijo/a: _____ **Form Continued on next page!**



Sarah Kuhlemeier
 Early Learning Academy
 Program Coordinator



Early
 Learning
 Academy

Por favor describa preocupaciones adicionales o información sobre el oído o vista de su hijo/a:

Screening Results
 (Office Use Only)

Hearing 1: ___P ___F **2:** ___P ___F ___R ___CNT ___FNR

Vision 1: ___P ___F **2:** ___P ___F ___R ___CNT ___FNR

Referred for a medical hearing evaluation? ___Yes ___No

Referred for a medical vision evaluation? ___Yes ___No

Additional Comments:
