



INSTITUTO REGIONAL
DE OFTALMOLOGÍA
Javier Servat Unzueto

HISTORIA CLÍNICA DE BAJA VISIÓN: PREESCOLAR

H.C.: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Procedencia: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

GI: _____ Centro educativo: _____ Regular / Especial

Acompañante: _____ Vive con _____ Vivienda con gradas: _____

Enfermedad actual:

Diagnóstico de derivación: _____ Referido por: _____

Antecedentes patológicos:

- Gestacionales: _____ Prematuridad: _____

- Postgestacionales: _____ Retardo psicomotriz (Si) (No)

Valoración de visión funcional

| Su niño puede | | Si | No | Actividades de la vida diaria | | |
|-------------------------|-----------------|----|----|----------------------------------------|--|--|
| Orientación y movilidad | Interiores | | | Vestirse solo | | |
| | Exteriores | | | Comer solo | | |
| | Bajar gradas | | | | | |
| Visión de lejos | Ver TV | | | Distancia: Tamaño TV: Gusta: | | |
| | Ver Pizarra | | | Tipo pizarra: Distancia: | | |
| Visión Intermedia | Realizar trazos | | | Ve plato de comida | | |
| Visión cerca | Ver imágenes | | | Guarda juguetes | | |

El paciente refiere que

| | | | | | | |
|-------------|-------------|--|--|--------------------------------------------|--|--|
| Iluminación | Sol molesta | | | Mayor dificultad para desplazarse de noche | | |
|-------------|-------------|--|--|--------------------------------------------|--|--|

Examen Oftalmológico

1. Rompecabeza LEA

| El paciente identifica: | Si | No | Comentario |
|--------------------------------|----|----|------------|
| Test Color (Forma y dirección) | | | |
| Test Blanco (Función cortical) | | | |
| Test Concreto (bidimensional) | | | |

2. TEST MAIL BOX - LEA

| | | | | |
|--------|--------------|----------------|-------------|--------------|
| Encaje | Vertical () | Horizontal () | Oblicuo () | No logra () |
|--------|--------------|----------------|-------------|--------------|

3. Bloques de LEA

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Visión cognitiva (negro sobre plomo) | | | |
| Precisión | | | |

4. Agudeza visual: Lea symbols ☐ Gratings Lea ☐

| Lejos | SC | CAE | CC | Eq. Snellen | Visión Excéntrica | Prescripción en uso |
|-------|----|-----|-------------|-------------|-------------------|---------------------|
| OD | | | | | | |
| OI | | | | | | |
| AO | | | | | | |
| Cerca | SC | CC | Eq. Snellen | | Distancia | |
| OD | | | | | Add. | |
| OI | | | | | | |
| AO | | | | | | |

Refracción

Retinoscopía:

Refracción subjetiva:

DIP: _____

| | Esfera | Cilindro | Eje |
|----|--------|----------|-----|
| OD | | | |
| OI | | | |

| | Esfera | Cilindro | Eje | AV | Eq. Snellen |
|----|--------|----------|-----|----|-------------|
| OD | | | | | |
| OI | | | | | |
| AO | | | | | |

Mx: _____ Av. inicial: _____ Av. final: _____

Cerca:

DIP: _____

Add: _____

| | Esfera | Cilindro | Eje | AV | Eq. Snellen |
|--------------------|--------|----------|-----|----|-------------|
| OD | | | | | |
| OI | | | | | |
| Distancia trabajo: | | | | | |

Lupa: _____ Aumento dioptrías: _____ Distancia: _____

Exámenes funcionales

| | S. contraste | Campo visual | Visión de colores |
|----|---------------------------------|--------------|-------------------|
| OD | | | |
| OI | | | |
| AO | H. Heidi / Lea SC Distancia: | | |

MO: _____ Nistagmo: _____

Acomodación: _____

Impresión diagnóstica:

Plan: _____

Terapia visual: _____

Psicología: _____

Fisioterapia: _____

Firma y Sello