

HISTORIA DE BAJA VISIÓN: PACIENTE PREVERBAL / MULTIDISCAPACIDAD

H.C. : _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____

Procedencia: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Terapia Física () Verbal () Acompañante: _____

Enfermedad actual: _____

Diagnóstico de derivación: _____ Referido por: _____

Antecedentes patológicos:

- Gestacionales: _____ Prematuridad: _____

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

Valoración de visión funcional

SU NIÑO	Si	No	Observaciones		Si	No	Observaciones
Fija la luz				Percibe colores			
Sigue estímulos luminosos				Intenta coger objetos cercanos			
Fija objetos opacos				Desvía alguno de los ojos			
Sigue objetos opacos				Desvía la cabeza			

Examen Oftalmológico

1. T. mirada preferencial: _____

2. Agudeza visual: Gratings Lea / Lea Symbols (single book / cartilla lineal / cartilla grande)

	SC	CC	Fija	Sigue	Mantiene	CV	Distancia	PCC
AO								
OD								
OI								

Observaciones: _____

3. Rompecabezas Lea (desde 18 meses)

El paciente identifica:	Si	No	Comentario
Test color (forma y dirección)			
Test blanco y negro (función cortical)			
Test concreto - abstracto (bidimensional)			

4. Bloques de LEA

Visión cognitiva (negro sobre plomo)			
Previsión			

5. Test MAIL - BOX-LEA

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

Refracción

Retinoscopia:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

DIP:

ADD:

Prescripción:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	Eq. Snellen	Visión Excéntrica
OD						
OI						
AO						

Observaciones: _____

Exámenes funcionales

	Sensibilidad contraste	Campo visual	Visión de colores
OD			
OI			
AO			
Test	H. Heidi / Lea SC Distancia:	Tipo:	Test:

PVE: _____ ERG: _____

Motilidad ocular: _____

Acomodación: Presente () Deficiente () Ausente ()

Otros hallazgos: _____

Impresión diagnóstica:

Plan: _____

- Terapia visual: _____

- Psicología: _____

- Fisioterapia: _____

- Reevaluación Oftalmológico: _____

Firma y Sello