

# DISEÑO BIOMÉDICO 2

Entrevistas realizadas para conocer el punto de vista a las personas con discapacidad Visual

*\* Indica que la pregunta es obligatoria*

---

1. Nombre completo \*

---

2. Edad \*

---

3. Sexo \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ Prefiero no decirlo

4. ¿En qué ciudad o municipio reside Actualmente? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Cali
- ☐ Yumbo
- ☐ Palmira
- ☐ Buga
- ☐ Otro

5. ¿Cual?

---

6. Estrato \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

7. ¿Qué tipo de discapacidad visual tiene? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Ceguera total

☐ Baja visión

☐ Otra (especifique)

☐ Ninguna (Trabajador Social, personal de apoyo)

8. ¿Cuál?

---

9. ¿Su discapacidad visual es de nacimiento o adquirida? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ De nacimiento

☐ Adquirida

☐ Ninguna (Trabajador Social, personal de apoyo)

10. Si es adquirida, ¿a qué edad comenzó su discapacidad visual?

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ 0-5 años
- ☐ 6-18 años
- ☐ 19-40 años
- ☐ 41 años o más
- ☐ Ninguna (Trabajador Social, personal de apoyo)

11. ¿Está afiliado a algún sistema de salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Contributivo
- ☐ Subsidiado
- ☐ Ninguno

12. ¿Qué tipo de apoyo utiliza actualmente para su discapacidad visual? \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- ☐ Bastón
- ☐ Perro guía
- ☐ Tecnologías de asistencia (lectores de pantalla, magnificadores, etc.)
- ☐ Asistencia Personal
- ☐ Ninguno (Pueden ser gafas especializadas por oftamología)
- ☐ (Opción que se considera apto apoyo para los trabajadores sociales, personal de apoyo)

13. ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Técnico/Tecnológico
- ☐ Universitario
- ☐ Posgrado

14. ¿Actualmente está estudiando? \*

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Tal vez

15. ¿Qué tan accesible considera que es el sistema educativo para personas con discapacidad visual? \*

---

---

---

---

---

16. ¿Qué herramientas o apoyos utiliza para estudiar? \*

*Marca solo un óvalo.*

☐ Material braille

☐ Lectores de pantalla

☐ Magnificadores

☐ Asistente personal

☐ Ninguno

☐ Otro: \_\_\_\_\_

17. ¿Qué barreras principales ha enfrentado en su educación debido a su discapacidad visual? \*

---

---

---

---

---

18. ¿Qué necesidad considera más urgente para mejorar su calidad de vida? \*

---

---

---

---

---

19. ¿Qué necesidad educativa considera más urgente para mejorar su experiencia de aprendizaje? \*

---

---

---

---

---

20. ¿Qué sugerencia tiene para mejorar el acceso a la educación para personas con discapacidad visual? \*

---

---

---

---

---

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

