



## EXAMEN PARA NIÑOS DE 3 AÑOS DE VISIÓN Y EXAMEN AUDITIVO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre del distrito escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona encargada del examen: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/guardián que nos da esta información: \_\_\_\_\_

### CERNIMIENTO DE VISIÓN

- | SI                          | NO                       |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido examen su niño, por un doctor/oculista?<br>El nombre del doctor: _____ Fecha del examen: _____                         |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Piensa usted que su niño tenga problemas con su visión?  |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Mira con un ojo entornado, cierra un ojo para ver, o se cubre un ojo para ver?   |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Mueve su cabeza para delante o para atrás cuando está viendo objetos cerca de o lejos de si?                                     |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Inclina o ladea su cabeza a un lado?   |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se le parece que tiene los ojos bizcos?  |
| 7. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuándo se le mueve un objeto enfrente de sus ojos y mueve el objeto a lado a lado, mueve sus ojos su niño para seguir el objeto? |

### CERNIMIENTO DE OIDOS

- |                             |                          |   |
|-----------------------------|--------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le han examinado un especialita de oídos?<br>El nombre del doctor: _____ Fecha de examen: _____              |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le han puesto tubos en los oídos? Fecha de cirugía: _____  |
| 3. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Piensa usted que su niño no puede oír bien?<br>¿En cuál oído? _____  |
| 4. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido muchas infecciones en sus oídos?   |
| 5. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Si alguien conocido no está en el cuarto y habla esa persona, puede su hijo reconocer su voz?                |
| 6. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede su hijo distinguir diferentes sonidos? (el sonido de teléfono, timbre de la puerta, voces altas/bajas) |

Otros comentarios que nos quiera decir:

---

---

---

---