

**Cuestionario sobre Deficiencias Visuales en la Población Escolar**

	Si	No	A veces
1. ¿Nota si su hijo tiene problemas en visión de lejos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Y en visión de cerca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le molesta la luz?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente algún tipo de molestias como:			
4. Picor?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Escozor?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dolor de ojos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolor de cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Visión doble ocasional?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Visión borrosa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tensión ocular?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cansancio ocular?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Le lloran los ojos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ojos rojos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Otro tipo de molestias: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Empeoran las molestias al final del día?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando lee:			
16. ¿Empeoran las molestias con la lectura?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Se pierde de renglón con frecuencia o se mueven las letras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Siente somnolencia al leer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Cambia unas palabras o sílabas por otras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Se salta palabras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tiene dificultad para enfocar cuando pasa de lejos a cerca y de cerca a lejos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Comprende lo que ha leído?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Tuerce la cabeza para leer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Se acerca mucho al libro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Le gusta la lectura?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Se sale del margen cuando colorea?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Se tuerce al escribir?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Tiene una letra irregular?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Se distrae fácilmente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿En los estudios obtiene bajos resultados en relación al esfuerzo realizado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Nota si su hijo/a desvía un ojo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>