

Estimado/a madre/padre/tutor/a:

Nos dirigimos a Vds. para informarles de la importancia de la visión de sus hijos/as y de su influencia en su desarrollo y aprendizaje.

Primero un simple dato: más de un 80% de la información que recibimos es a través de la visión; así que es obvio pensar que cualquier problema en el sistema visual a edades tempranas puede comprometer de forma crítica el desarrollo personal y el proceso de aprendizaje de cualquier escolar.

Por ello es indispensable detectar un problema de visión y darle una solución a tiempo. Con esto no sólo me refiero a aquellos problemas que se corrigen con gafas, sino también a aquellos otros que se dan a conocer a través de síntomas tales como dolor de cabeza, visión borrosa o doble, cansancio ocular, mala comprensión lectora, falta de atención, mal rendimiento en tareas de visión cercana, etc.; según estudios realizados por diferentes universidades e instituciones españolas y extranjeras, los padecen aproximadamente el 30% de la población infantil y pueden originar fracaso en los estudios. Éstos últimos reciben el nombre de problemas de visión binocular o de percepción visual y se corrigen con la realización de terapia visual, que consiste en un plan adecuado de ejercicios para mejorar el rendimiento ocular y el procesamiento visual.

Por todo esto, por iniciativa del IES Sierra Bermeja de Málaga y en colaboración con el Departamento de Óptica de la Universidad de Granada se realizará en las próximas semanas en el centro una campaña de detección de problemas visuales y de aprendizaje. Si están interesados en conocer el rendimiento visual de sus hijos/as, sean tan amables de rellenar la encuesta adjunta, completando la autorización al dorso y devuélvanla al centro. Se realizará en el instituto una revisión por el alumnado y profesorado del CFGS de Óptica de Anteojería para detectar cualquier anomalía visual o de procesamiento de la información visual, todo mediante pruebas no invasivas y sin la utilización de fármacos. Se emitirá un informe de valoración y de detección de posibles alteraciones visuales, pero nunca un diagnóstico, para lo cual se le recomendará acudir a un especialista.

Póngase en contacto con nosotros si tiene alguna duda o si quieren más información mediante correo electrónico. Estaremos encantados de poder atenderle.

Agradeciendo de antemano su atención y sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Luisa M^a Gámiz Marcos
Óptico-Optometrista
Jefa del Departamento de Óptica del IES Sierra Bermeja
luisa_anteojeria@lessierrabermeja.com

Juan de la Cruz Cardona Pérez
Óptico-Optometrista Colegiado nº 11.250
Coordinador del Máster en Optometría Clínica y Óptica Avanzada
cardona@ugr.es

Por favor, rellenen la autorización que se presenta a continuación y la encuesta de signos y síntomas en la vuelta de página junto con su hijo/a. Sean lo más sinceros posible. Con estas preguntas podremos diagnosticar mejor en caso de existir un problema visual. Sólo se tarda 10 minutos. Gracias por su colaboración.

AUTORIZACIÓN

AUTORIZO QUE SE LE REALICE EL EXAMEN DE RENDIMIENTO Y PROCESAMIENTO VISUAL A

HIJO/HIJA

PADRE/MADRE/
TUTOR/TUTORA

FIRMA
PADRE/MADRE/TUTOR/TUTORA

Sus datos personales, aportados en la presente documentación y recogidos durante el examen visual serán tratados por el IES Sierra Bermeja, con sede en Avda. Ramón y Cajal 113 de Málaga, con la finalidad de informarles del estado visual de su hijo y serán tratados de manera anónima. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría del IES Sierra Bermeja, en la dirección anteriormente indicada, mediante solicitud escrita acompañada de copia del DNI. De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Por favor, rellenen la encuesta de síntomas al dorso de la página →

Si algún síntoma de los que se preguntan le ocurre a su hijo con una frecuencia de al menos una vez por semana, conteste SI. Si le ocurre con menos frecuencia, conteste NO. Si usa gafas, conteste a los síntomas como si las llevara puestas siempre

A continuación le vamos a preguntar sobre signos visuales típicos de la lectura para detectar problemas. Si su hijo/a tiene entre 5 y 7 años, sea más permisivo, ya que las pautas de lectura todavía no están bien asumidas a esas edades.

	SÍ	NO
1. ¿Ha visto alguna vez borroso en visión lejana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Y de cerca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha visto alguna vez doble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha visto o ha notado que tuerce algún ojo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se le cansan o te duelen los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le pican, escuecen o se le ponen los ojos rojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le lagrimean sin motivo alguno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Confunde con frecuencia algunos colores (tonos verdes con rojos oscuros, marrones, amarillos, azules)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se cae, choca o tropieza con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se marea con frecuencia? ¿Se agobia en los centros comerciales o lugares con mucha gente o información expuesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Le suele doler la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En caso de haber contestado SI en alguna de las preguntas anteriores, indíquenos si:		
a) Empeoran las molestias al final del día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Empeoran cuando lee durante un tiempo relativamente corto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas están relacionadas con su proceso de aprendizaje y desarrollo. Por esto indíquenos por favor si presenta alguna dificultad cuando realiza alguna de las siguientes actividades

	SÍ	NO
13. ¿Le cuesta vestirse, abrocharse botones o cremalleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Le cuesta interpretar las horas del reloj de agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene dificultad al utilizar los cubiertos en la mesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Se pierde en los días de la semana o meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Olvida los horarios y rutinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Le ha costado aprenderse las tablas de multiplicar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Tiene dificultad para hacer problemas de matemáticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Le cuesta trabajo comunicarse o utilizar un lenguaje correcto y estructurado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Manifiesta problemas a la hora de realizar redacciones o composiciones escritas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cuando copia dibujos, ¿los hace de manera desorganizada o desproporcionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Tiene una letra irregular y desorganizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Se le dan mal o no le gustan los deportes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Confunde con frecuencia la derecha y la izquierda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cuando pinta o escribe, coge el lápiz con la mano:		
<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Ambas		
27. Cuando juega a la pelota, le pega con el pie		
<input type="checkbox"/> Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Ambos		

	SÍ	NO
28. ¿Cuándo lee se pierde de renglón con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Cambia unas palabras o sílabas por otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Se salta palabras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Le da sueño cuando hace deberes o lee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Le cuesta comprender lo que ha leído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Tuerce o gira la cabeza cuando mira o se fija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Se acerca mucho al libro o a la televisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿No presta atención, siendo un inquieto o travieso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sus calificaciones en los estudios, por regla general, son:		
<input type="checkbox"/> Muy buenas <input type="checkbox"/> Regulares		
<input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Malas		
37. El tiempo que invierte estudiando y haciendo deberes es		
<input type="checkbox"/> Poco, y tiene mucho tiempo libre		
<input type="checkbox"/> Razonable, teniendo en ocasiones tiempo libre		
<input type="checkbox"/> Mucho, incluso a veces no termina las tareas		

HISTORIA VISUAL PERSONAL Y FAMILIAR

	SÍ	NO
38. ¿Ha pasado alguna revisión visual anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Le han detectado algún problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. En caso afirmativo , indique cuáles		
<input type="checkbox"/> Ojo vago <input type="checkbox"/> Miopía		
<input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Hipermetropía		
<input type="checkbox"/> Otros (indíquenos cuáles):		
<input type="checkbox"/> Otros (indíquenos cuáles):		
41. ¿Han sido o están siendo tratados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. En caso afirmativo ponga una cruz en los métodos utilizados		
<input type="checkbox"/> Gafas <input type="checkbox"/> Taparle un ojo con parche		
<input type="checkbox"/> Operación <input type="checkbox"/> Entrenamiento visual		
<input type="checkbox"/> Otros (indique cuáles)		
43. Entre los familiares directos de su hijo/a, existen casos de ...(ponga una cruz en los que procedan)		
<input type="checkbox"/> Ojo vago <input type="checkbox"/> Miopía		
<input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Hipermetropía		
<input type="checkbox"/> Otros (indíquenos cuáles):		
<input type="checkbox"/> Otros (indíquenos cuáles):		

SALUD GENERAL

	SÍ	NO
44. ¿Padece alguna enfermedad que requiera de tratamiento farmacológico continuo? (p.ej. diabetes, alergias, tiroidismo...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ¿Nació prematuro/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indique con cuantas semanas nació		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN