

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen de la vista del niño \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez el niño terapia de la vision?  Si  No

Ha usado alguna vez el niño lentes  Si  No El o ella usa lentes ahorita  Si  No

En caso afirmativo:  Para la distancia solo  Solo par aver de acerca  Los usa tiempo completo

El niño usa lentes de contacto?  Si  No Cualquier Problema? \_\_\_\_\_

**Esta es su oportunidad para hablarnos de todas las areas de preocupacion por la vision de su hijo. Cual es su principal razon para venir aqui hoy?**

**¿Ha notado algun signo insual o sintomas que le preocupen?** \_\_\_\_\_

**Tiene la capacidad de su hijo para hacer cualquier actividad sido limitados debido a la visión?**

**Por favor, explique** \_\_\_\_\_

**La HISTORIA de la SALUD: Verifique cualquier condición que aplica a su niño o que corre en su familia.**

Alergias	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Ojo Perezoso	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Enfermedades			Ojo Desviado	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Respiratorias	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Color "Persiana"	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Cancer	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Sensible a la Luz	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Diabetes	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	La Vista Cansada	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
De Drogas			Ojo secos	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Sensibles	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Floatadores/		
Problemas del			Manchas	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Corazon	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Luces		
Alta Presion	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Intermitentes	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Tiroides	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Desprendimiento		
Migrana o			de la Retina	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Dolor de			Cataratas	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Cabeza	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia
Ceguera	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Familia	Cirujia Ocular or Lesiones		
Traumatismo					
Craneal	<input type="checkbox"/> Niño				

¿Está su hijo bajo el cuidado de un medico?  Si  No Por qué? \_\_\_\_\_

¿Toma regularmente su niño pastillas o medicinas?  Si  No Especificar \_\_\_\_\_

Fecha de último examen físico del niño \_\_\_\_\_ ¿Cómo es la salud general del niño? \_\_\_\_\_

**Please fill in all sides of this form as completely as possible**

Hitos en la Evolución					
¿Plazo completo embarazo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Nacimiento normal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cualquier complicaciones antes, durante o inmediatamente después del parto?					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Por favor describa _____					
¿Arrastró su niño (estómago en el piso)?					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿a que edad? _____					
¿Gateó su niño (estómago no en el piso)?					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿a que edad? _____					
¿Circuló su niño a gatas?					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿a que edad? _____					
¿En qué edad anduvo su niño? _____					
¿Era su niño activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Discurso: Primeras palabras a la edad de _____					
¿Fue el discurso temprano claro a otros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿Es el discurso del niño claro ahora? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

**Escuela-Relacionado Problemas de la Vision: Preguntas para los padres:**

¿Alguno de sus hijos tuvo dificultades en la escuela?  Si  No

Por favor describa \_\_\_\_\_

¿Cómo se siente usted que su niño hace en la escuela?  Bien  Debajo de potencial  Mal

Por favor, revise los signos y síntomas que describen mejor cómo su hijo está haciendo en la escuela

- ¿Bizquea su niño al mirar arriba de lectura?
- ¿Tiene problemas para ver la pizarra?
- ¿Parpadea frecuentemente o frotar los ojos?
- ¿Tiene dolores de cabeza después de hacer el trabajo de la escuela?
- ¿Con frecuencia difícil, choca contra cosas, golpee las cosas?
- ¿Mantiene libros muy cerca?
- ¿Lee una gran parte del tiempo?
- ¿Reporta que cosas se ven borrosas?
- ¿Tiene problemas para copiar el trabajo de la pizarra a un papel?
  
- ¿Pasa mucho tiempo haciendo la tarea que debe tomar sólo unos minutos?
- ¿Reducción del período de atención, se puede concentrar sólo por un tiempo moderado?
- ¿Cubre un ojo inclinándose a la mano?
- ¿Pone la cabeza en la mesa cuando se hace trabajo de lápiz?
- ¿Con frecuencia pierde su lugar al leer?
- ¿Salta o vuelve a leer las palabras y las líneas?
- ¿Invierte palabras o letras ( b por d) más allá de segundo grado?
- ¿Mejora en matemáticas que Inglés, historia o ciencias sociales?
- ¿Debe volver a leer el material varias veces para comprender su significado?
- ¿Se cansa rápidamente cuando se hace la lectura o la tarea?
  
- ¿Poca capacidad de concentración? ¿Puede concentrarse en la lectura de la obra por sólo unos minutos.
- ¿Sueña despierto mucho? Mira fijamente en la distancia con frecuencia?
- ¿Aprende mejor a través de tácticas auditivo (escucha para aprender)?
- ¿La mala conducta se ha convertido en un problema (para encubrir el mal rendimiento escolar)?
  - Actúa raro cuando se le pide hacer el trabajo de la escuela
  - Es payaso de la clase
  - Cambio de humor, deprimido por la escuela y la vida
  - Agresivo, golpea o domina a otros niños
- ¿Evita trabajo que incluye la lectura o ver de cercas?
- ¿Es más de 1 año de retraso en el grupo de habilidades relacionadas con la lectura?
- ¿Tiene mala postura? ¿Se arrastra, se desploma en la silla?

**RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE: ¿En qué actividades recreativas participa su hijo? (Círcule) Leer, béisbol, baloncesto, fútbol, natación, construir modelos, coser, bailar, ejecutar, toca un instrumento.**

¿Cómo reacciona su hijo a la fatiga? <input type="checkbox"/> Hundimiento <input type="checkbox"/> Se vuelve irritable <input type="checkbox"/> Se emociona Otros _____ Reacciones _____
¿Cómo reacciona su hijo a la tensión? <input type="checkbox"/> Se voltea hacia adentro <input type="checkbox"/> Se Muerde las uñas (ansiedad) <input type="checkbox"/> Enojado Otra Reaccion _____

Otros recreativos o actividades deportivas? \_\_\_\_\_

- |  |                             |                             |  |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Lleva su niño lentes protectoras para su deporte? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |  |
| ¿Mira su niño mucha televisión?                    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Número de horas diarias _____  |
| ¿Utiliza su niño una computadora en casa?          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Número de horas diarias _____  |
| ¿Utiliza su niño una computadora en la escuela?    | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Número de horas diarias _____  |
| ¿A menudo juega el niño videojuegos?               | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Número de horas diarias _____  |
| ¿El o ella juega los videojuegos de mano?          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tipo de pantalla <input type="checkbox"/> Brillante<br><input type="checkbox"/> Oscuro |

PAYMENT TERMS: We are happy to assist you in the filing of your insurance claim. If your insurance will not pay the anticipated amount, or your insurance pays you directly, we ask that you pay the balance. Office policy calls for payment at the time of service. If eyewear or contact lenses are to be ordered, a minimum 50% deposit is requested and the balance is due upon delivery. We accept cash, personal checks, Visa and Mastercard. A monthly rebilling fee of \$5 is added to all accounts with unpaid balances after 30 days.

I have read and agree to all the provisions of the office financial policy

I have received/reviewed a copy of the health care information privacy policy for Simpson and Mann Optometry

Signed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_