

## CRIBADOS VISUALES 2016-17

### Cuestionario padres / tutores

Nombre niño / a:

Curso y nombre de la clase:

Os agradeceríamos responda las siguientes preguntas:

1. Cuando mira de cerca le parece que se acerca mucho?

Casi nunca  Con cierta frecuencia  Casi siempre

2. Se queja de molestias en ojos o de no ver bien cuando trabaja de cerca?

Casi nunca  Con cierta frecuencia  Casi siempre

3. Se queja de molestias en ojos o de no ver bien cuando mira de lejos?

Casi nunca  Con cierta frecuencia  Casi siempre

4. Cuando mira la tele acerca mucho?

Casi nunca  Con cierta frecuencia  Casi siempre

5. Ha observado si los ojos se le ponen rojos o se les frota con frecuencia?

Casi nunca  Con cierta frecuencia  Casi siempre

6. ¿Ha observado si gira un ojo?

Casi nunca  Con cierta frecuencia  Casi siempre

7. Se queja de dolor de cabeza?

Casi nunca  Con cierta frecuencia  Casi siempre

8. ¿Ha sospechado que presentara un problema visual?

Si  No

OBSERVACIONES que nos quiera hacer:

Muchas gracias por su colaboración.