**EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LOS ASPECTOS PSICOLOGICOS, SOCIALES Y EDUCATIVOS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA BAJA VISÓN EN EL AMBITO ESCOLAR.**

**INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACIÓN ESPECIAL**

**DIRECCION NACIONAL DE SERVICIOS TÉCNICOS Y MÉDICOS**

**CUESTIONARIO PARA ESPECIALISTAS Y DOCENTES DE ALUMNOS CON SOSPECHA DE BAJA VISIÓN**

**Autor: Mgtra. Nedelsy Herrera R.**

**Nombre del Alumno (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Centro Educativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBSERVACIONES DEL ALUMNO** | **SIEMPRE** | **A VECES** | **NUNCA** |
| **ASPECTO EMOCIONAL** |  |  |  |
| Alegre |  |  |  |
| Tímido(a) |  |  |  |
| Humor variable |  |  |  |
| Quejoso(a) |  |  |  |
| Temeroso(a) |  |  |  |
| Desatento(a) |  |  |  |
| Inseguro(a) |  |  |  |
| Se frustra con facilidad |  |  |  |
| Agresivo(a) |  |  |  |
| Lloroso(a) |  |  |  |
| Tranquilo(a) |  |  |  |
| Desinteresado(a) |  |  |  |
| Cooperador(a) |  |  |  |
| Líder |  |  |  |
| Participativo(a) |  |  |  |
| Dependiente |  |  |  |
| Independiente |  |  |  |
| Motivado (a) |  |  |  |
| juguetón(a) |  |  |  |
| Inquieto(a) |  |  |  |
| Sociable |  |  |  |
| Comunicativo(a) |  |  |  |
| Mal humorado(a) |  |  |  |
| Organizado(a) |  |  |  |
| Expresivo |  |  |  |
| Perezoso |  |  |  |
| Cariñoso(a) / afectivo(a) |  |  |  |
| Irritado |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***OBSERVACIONES DEL ALUMNO*** | ***SIEMPRE*** | ***A VECES*** | ***NUNCA*** |
| **ASPECTO FÍSICO** |  |  |  |
| Nauseas, mareos |  |  |  |
| Ojos irritados ( enrojecidos, lacrimosos) |  |  |  |
| Párpados con bordes enrojecidos o hinchados |  |  |  |
| Aprieta o restriega los ojos |  |  |  |
| Dolor de cabeza |  |  |  |
| Sensibilidad a la luz |  |  |  |
|  Visión dupla o borrosa |  |  |  |
| Dolor en los ojos |  |  |  |
| Costras en las pestañas |  |  |  |
| Parpadeo continuo |  |  |  |
| Fruncir el entrecejo para enfocar |  |  |  |
| Se toca los ojos con los dedos para enfocar |  |  |  |
| Molestia ante el brillo |  |  |  |
| Estrabismo |  |  |  |
| Manchas en los ojos |  |  |  |
| Irregularidad de la pupila |  |  |  |
| Irregularidad del Iris |  |  |  |
| Temblor en los ojos |  |  |  |
| Postura inadecuada de trabajo |  |  |  |
| Gira la cabeza para poder enfocar |  |  |  |
| Caídas constantes |  |  |  |
| Dificultad para subir- bajar |  |  |  |
| Dificultad de atrapar objetos |  |  |  |
| Inclina la cabeza para ver |  |  |  |
| Se duerme |  |  |  |
| Fatiga visual |  |  |  |
| Logra fijación en un punto fijo |  |  |  |
| Mantiene contacto visual por lo menos 2 segundos o más |  |  |  |
| Prefiere mirar con el ojo izquierdo |  |  |  |
| Prefiere mirar con el ojo derecho |  |  |  |
| Reconoce figuras (tamaño / percepción de los detalles / de interés) |  |  |  |
| Percibe estímulos arriba-abajo – derecha- izquierda |  |  |  |
| Identifica figuras o dibujos con o sin contornos fuertes |  |  |  |
| Dificultad coordinación ojo-mano |  |  |  |
| Dificultad coordinación ojo-pie  |  |  |  |
| Ve sombras |  |  |  |
| Presenta reflejo de protección ( cierra los ojos al aproximarse algo) |  |  |  |
| Prefiere ciertos colores, cuales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| Se interesa por objetos brillantes |  |  |  |
| Busca estímulos luminosos |  |  |  |
| Realiza seguimiento visual ( vertical, horizontal, círculos) |  |  |  |
| Cierra los ojos cuando escuchan algo**ASPECTO PEDAGÓGICO** |  |  |  |
| Su rendimiento académico está de acorde a los objetivos del currículo |  |  |  |
| Tiene buena memoria |  |  |  |
| Trabaja solo en todas las actividades |  |  |  |
| Solicita ayuda del docente |  |  |  |
| Solicita tiempo extra para realizar las actividades |  |  |  |
| Solicita ayuda de los compañeros |  |  |  |
| Trabaja en grupo |  |  |  |
| Dificultades de escritura |  |  |  |
| Dificultades en los cálculos matemáticos |  |  |  |
| Utiliza otros sentidos (tacto, gusto, audición) para su aprendizaje |  |  |  |
| Orden y aseo en el aula |  |  |  |
| Dificultades de lectura |  |  |  |
| Presenta dificultades motoras finas |  |  |  |
| Presenta dificultades motoras gruesas |  |  |  |
| Trabaja con recursos ópticos (plantilla tiposcopio, ampliación, lupa, otros) |  |  |  |
| Se interesa en actividades orales |  |  |  |
| Posee habilidades artísticas |  |  |  |
| Logra actividades de dibujo – diseño-pintura |  |  |  |
| Termina las tareas |  |  |  |
| Participa en actividades de la escuela |  |  |  |
| Recibe apoyo familiar |  |  |  |
| Presenta material didáctico solicitado |  |  |  |
| Rapidez en la ejecución de actividades |  |  |  |
| Dificultad de discriminar formas |  |  |  |
| Dificultad de discriminar colores |  |  |  |
| Trabaja sentado |  |  |  |
| Trabaja de pie |  |  |  |
| Pregunta |  |  |  |
| Se sienta cerca del tablero |  |  |  |
| Se sienta lejos del tablero |  |  |  |
| Participa oralmente en la clase |  |  |  |
| **ASPECTO SOCIAL – COMUNICACIÓN** |  |  |  |
| Acepta contacto físico ( toque, beso, abrazo) |  |  |  |
| Hace gestos (estereotipados) |  |  |  |
| Se comunica con las personas sin dificultad |  |  |  |
| Socializa – comparte con otros |  |  |  |
| Demuestra reacción ante presencia y voz familiar |  |  |  |
| Juegos con sus pares |  |  |  |
| Tolerancia a los juegos  |  |  |  |
| Tolera los cambios |  |  |  |
| Imita gestos o expresiones faciales |  |  |  |
| Tiene un lenguaje claro |  |  |  |
| Utiliza un vocabulario adecuado |  |  |  |
| Demuestra interés en comunicarse |  |  |  |
| **OBSERVACIONES DEL ALUMNO** | **SIEMPRE** | **A VECES** | **NUNCA** |
| **AUTONOMÍA PERSONAL** |  |  |  |
| Se viste solo |  |  |  |
| Utiliza el sanitario solo |  |  |  |
| Se alimenta solo |  |  |  |
| Se lava y seca manos solo |  |  |  |
| Se peina |  |  |  |
| Se cepilla los dientes  |  |  |  |
| Guarda sus cosas |  |  |  |
| Se abotona  |  |  |  |
| Sube y baja zíper |  |  |  |
| **AUTONOMÍA FÍSICA** |  |  |  |
| Se moviliza con independencia |  |  |  |
| Subir y bajar escaleras |  |  |  |
| Alcanza objetos |  |  |  |
| Toma objetos por si solo |  |  |  |
| Sube y baja al autobús |  |  |  |
| Explora el ambiente a traves de los sentidos |  |  |  |
| Localiza y desvía obstáculos |  |  |  |
| Percibe desniveles en el suelo ( huecos, escaleras, rampas ) |  |  |  |
| Se orienta usando los sentidos (audición, tacto) |  |  |  |
| Utiliza apoyo de bastón u otros para movilizarse |  |  |  |
| Realiza la búsqueda de rastreo |  |  |  |

**OTRAS OBSERVACIONES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Especialista o Docente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INSTITUTO PANAMEÑO DE HABILITACIÓN ESPECIAL**

**DIRECCION NACIONAL DE SERVICIOS TÉCNICOS Y MÉDICOS**

**CUESTIONARIO PARA PADRES DE FAMILIA DE ALUMNOS CON SOSPECHA DE BAJA VISIÓN**

**Autor: Mgtra. Nedelsy Herrera R.**

**Nombre del Alumno (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Centro Educativo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Docente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBSERVACIONES DEL ALUMNO** | **SIEMPRE** | **A VECES** | **NUNCA** |
| **ASPECTO EMOCIONAL** |  |  |  |
| Alegre |  |  |  |
| Tímido(a) |  |  |  |
| Humor variable |  |  |  |
| Quejoso(a) |  |  |  |
| Temeroso(a) |  |  |  |
| Desatento(a) |  |  |  |
| Inseguro(a) |  |  |  |
| Se frustra con facilidad |  |  |  |
| Agresivo(a) |  |  |  |
| Lloroso(a) |  |  |  |
| Tranquilo(a) |  |  |  |
| Desinteresado(a) |  |  |  |
| Cooperador(a) |  |  |  |
| Líder |  |  |  |
| Participativo(a) |  |  |  |
| Dependiente |  |  |  |
| Independiente |  |  |  |
| Motivado (a) |  |  |  |
| juguetón(a) |  |  |  |
| Inquieto(a) |  |  |  |
| Sociable |  |  |  |
| Comunicativo(a) |  |  |  |
| Mal humorado(a) |  |  |  |
| Organizado(a) |  |  |  |
| Expresivo |  |  |  |
| Perezoso |  |  |  |
| Cariñoso(a) / afectivo(a) |  |  |  |
| Irritado |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBSERVACIONES DEL ALUMNO** | **SIEMPRE** | **A VECES** | **NUNCA** |
| **ASPECTO FÍSICO** |  |  |  |
| Nauseas, mareos |  |  |  |
| Ojos irritados ( enrojecidos, lacrimosos |  |  |  |
| Párpados con bordes enrojecidos o hinchados |  |  |  |
| Aprieta o restriega los ojos |  |  |  |
| Dolor de cabeza |  |  |  |
| Sensibilidad a la luz |  |  |  |
|  Visión dupla o borrosa |  |  |  |
| Dolor en los ojos |  |  |  |
| Costras en las pestañas |  |  |  |
| Parpadeo continuo |  |  |  |
| Fruncir el entrecejo para enfocar |  |  |  |
| Se toca los ojos con los dedos para enfocar |  |  |  |
| Molestia ante el brillo |  |  |  |
| Estrabismo |  |  |  |
| Manchas en los ojos |  |  |  |
| Irregularidad de la pupila |  |  |  |
| Irregularidad del Iris |  |  |  |
| Temblor en los ojos |  |  |  |
| Postura inadecuada de trabajo |  |  |  |
| Gira la cabeza para poder enfocar |  |  |  |
| Caídas constantes |  |  |  |
| Dificultad para subir- bajar |  |  |  |
| Dificultad de atrapar objetos |  |  |  |
| Inclina la cabeza para ver |  |  |  |
| Se duerme |  |  |  |
| Fatiga visual |  |  |  |
| Logra fijación en un punto fijo |  |  |  |
| Mantiene contacto visual por lo menos 2 segundos o más |  |  |  |
| Prefiere mirar con el ojo izquierdo |  |  |  |
| Prefiere mirar con el ojo derecho |  |  |  |
| Reconoce figuras (tamaño / percepción de los detalles / de interés) |  |  |  |
| Percibe estímulos arriba-abajo – derecha- izquierda |  |  |  |
| Identifica figuras o dibujos con o sin contornos fuertes |  |  |  |
| Dificultad coordinación ojo-mano |  |  |  |
| Dificultad coordinación ojo-pie  |  |  |  |
| Ve sombras |  |  |  |
| Presenta reflejo de protección ( cierra los ojos al aproximarse algo) |  |  |  |
| Prefiere ciertos colores, cuáles\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTO FÍSICO** | **SIEMPRE** | **A VECES** | **NUNCA** |
| Prefiere objetos brillantes |  |  |  |
| Busca estímulos luminosos |  |  |  |
| Realiza seguimiento visual ( vertical, horizontal, círculos) |  |  |  |
| Cierra los ojos cuando escuchan algo |  |  |  |
| **AUTONOMÍA PERSONAL** |  |  |  |
| Duerme solo |  |  |  |
| Se viste solo |  |  |  |
| Utiliza el sanitario solo |  |  |  |
| Se alimenta solo |  |  |  |
| Se lava y seca manos solo |  |  |  |
| Se peina |  |  |  |
| Se cepilla los dientes  |  |  |  |
| Guarda sus cosas |  |  |  |
| Se abotona |  |  |  |
| Sube y baja zíper |  |  |  |
| Amarra cordones |  |  |  |
| Se baña |  |  |  |
| Se seca ( uso de toalla) |  |  |  |
| Apoya en las labores del hogar |  |  |  |
| **AUTONOMIA FÍSICA** |  |  |  |
| Se moviliza con independencia |  |  |  |
| Subir y bajar escaleras |  |  |  |
| Alcanza objetos |  |  |  |
| Toma objetos por si solo |  |  |  |
| Sube y baja al autobús |  |  |  |
| Explora el ambiente a través de los sentidos |  |  |  |
| Realiza busqueda de rastreo |  |  |  |
| Localiza y desvía obstáculos |  |  |  |
| Identifica desniveles en el suelo ( huecos, escaleras, rampas ) |  |  |  |
| Se orienta usando los sentidos (audición, tacto) |  |  |  |
| Utiliza apoyo de bastón u otros para locomoverse |  |  |  |
| **ASPECTO SOCIAL** |  |  |  |
| Acepta contacto físico ( toque, beso, abrazo) |  |  |  |
| Hace gestos estereotipados |  |  |  |
| Apegado a la familia |  |  |  |
| Se comunica con las personas sin dificultad |  |  |  |
| Socializa – comparte con otros |  |  |  |
| Demuestra reacción ante presencia y voz familiar |  |  |  |
| Participa en juegos |  |  |  |
| Tolerancia a los juegos  |  |  |  |
| Tolera los cambios |  |  |  |
| Participa en actividades sociales ( fiestas, paseos ) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ASPECTO PEDAGÓGICO** | **SIEMPRE** | **A VECES** | **NUNCA** |
| Trabaja con recursos (ampliación, lupa, otros) |  |  |  |
| Prefiere actividades orales |  |  |  |
| Termina las tareas |  |  |  |
| Tiene buena iluminación en el hogar |  |  |  |
| Estudia de pie |  |  |  |
| Estudia sentado |  |  |  |
| Estudia acostado |  |  |  |
| Horario de estudio fijo |  |  |  |
| Presenta dificultad de observar lo que estudia |  |  |  |
| Tolera tiempo prolongado de estudio |  |  |  |
| Demuestra interés hacia el estudio |  |  |  |
| Comprende lo que estudia |  |  |  |
| Tiene buena memoria |  |  |  |
| **EXPECTATIVAS** |  |  |  |
| Que su hijo avance en la escuela |  |  |  |
| Que su hijo se comunique más |  |  |  |
| Que sea feliz |  |  |  |
| Que aprenda a leer y escribir |  |  |  |
| Que pueda ser “normal” |  |  |  |
| Que sea independiente |  |  |  |
| Que tenga amigos |  |  |  |
| Que no sufra discriminación |  |  |  |
| Que reciba apoyo en la escuela |  |  |  |
| Que a través de tratamiento mejore |  |  |  |
| Que pueda jugar con otros niños |  |  |  |
| Que tenga buenas calificaciones |  |  |  |
| Que le prescriban ayudas ópticas para mejorar su visión (lentes ) |  |  |  |

Otras observaciones:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre de Familia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_