

OBSERVACIÓN PARA DETECTAR ESTUDIANTES CON POSIBLES PROBLEMAS VISUALES EN EL AULA- NIVEL INICIAL
--

Nombre y apellido:.....
 Fecha de nacimiento:.....
 Jardín:.....Sección:.....Fecha de observación:.....
 Docente/ Miembro de EOE:.....
 ¿El niño/a usa anteojos?.....
 ¿Tiene control oftalmológico?.....

CONDUCTAS OBSERVADAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Al pintar sale de los márgenes?			
2. ¿Al dibujar omite detalles?			
3. Cuando le piden encontrar un dibujo en un cuento. ¿Lo hace?			
4. Cuando realiza grafismos o mira cuentos ¿se acerca mucho al papel?			
5. Cuando mira cuentos, dibujos ¿Mueve mucho la cabeza?			
6. Cuando mira cuentos o dibujos ¿Adopta posturas inadecuadas?			
7. ¿Sostiene libros demasiado cerca de la cara para ver mejor?			
8. ¿Ve el pizarrón desde cualquier lugar de la sala?			
9. ¿Intenta acercarse para ver las cosas?			
10. ¿Mira lo que hacen sus compañeros para poder hacer sus trabajos?			
11. ¿Cierra los ojos cuando fija la atención visual?			
12. ¿Acostumbra a fregarse los ojos?			
13. Cuando sale al parque, ¿Le molesta la luz? ¿Cierra los ojos? ¿Usa la mano como visera?			
14. ¿Le cuesta adaptarse al cambio de luz cuando entra del patio a la sala?			
15. ¿Es capaz de imitar las acciones que hace la maestra en rondas, juegos, etc.?			
16. ¿Se desenvuelve solo en sus desplazamientos?			
17. Al bajar escaleras de color poco contrastantes ¿Arrastra el pie para encontrar el primer escalón?			
18. ¿Demanda ayuda en situaciones espaciales nuevas?			
19. ¿En el patio acostumbra a quedarse en un lugar determinado?			

<i>Si luego de la observación de su estudiante obtuvo un sí en la mayoría de los ítems comunicarse con el inspector para solicitud de Ficha Oftalmológica.</i>
--

OBSERVACIÓN PARA DETECTAR ALUMNOS/AS CON POSIBLES PROBLEMAS VISUALES EN EL AULA- ESCUELA PRIMARIA
--

Nombre y apellido:.....
 Edad:.....Escuela:.....Año:.....Fecha de Observación:.....
 Docente/ Miembro de EOE:.....
 ¿El/la alumno/a utiliza anteojos?.....
 ¿Tiene o ha realizado control oftalmológico?.....

CONDUCTAS OBSERVADAS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Sostiene libros demasiado cerca de la cara para ver mejor?			
2. ¿Presenta dificultad para distinguir colores?			
3. ¿Saltea palabras o líneas al leer?			
4. ¿Lee más despacio de lo normal o relee líneas o frases?			
5. ¿Usa el dedo para no perder la línea de lectura?			
6. ¿Lee más de cerca de lo normal?			
7. ¿Escribe con la cara pegada al papel?			
8. ¿Confunde las letras?			
9. ¿Escribe por encima o por debajo del renglón?			
10. ¿Tiene lagrimeo excesivo?			
11. Cruzamiento de mirada o fruncimiento de ceño al enfocar un objeto			
12. ¿Inclina la cabeza intentando ver mejor?			
13. ¿Se tapa o cierra constantemente un ojo?			
14. ¿Sus ojos no se mueven a la vez?			
15. ¿Sus pupilas son de diferente tamaño o aparecen blancas en lugar de negras?			
16. ¿Presenta dolor de cabeza, mareos o náuseas?			
17. ¿Mueve demasiado la cabeza cuando lee?			
18. ¿Mientras lee o escribe se queja de ver nublado?			
19. ¿Le molesta la luz fuerte?			
20. ¿Presenta fatiga cuando lee o escribe una carilla o más?			
21. ¿Observa algún inconveniente en los desplazamientos o en la hora de educación física? Ej.: dificultad de seguir visualmente una pelota en movimiento, etc.			

<i>Si luego de la observación de su alumno/a obtuvo un sí en la mayoría de los ítems comunicarse con el inspector para solicitud de la Ficha Oftalmológica.</i>
