



**Through the Looking Glass Early Head Start**  
**HEARING/VISION SCREENING FORM (0-3 years)**



Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Visitante del hogar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Visión:**

¿Ha tenido alguna vez su niño examen o tratamiento de la visión? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Quién lo hizo? \_\_\_\_\_ ¿Resultados? \_\_\_\_\_

Un "sí" en cualquier renglón, 1-11 indica referencia. Un "sí" en 3 renglones, 12-26 indica referencia.

	Sí	No
1. Ojos bizcos-hacia afuera o hacia adentro-en cualquier momento, o no parecen rectos, en especial cuando el niño está cansado	___	___
2. Tiene ojos o párpados enrojecidos	___	___
3. Tiene párpados incrustados	___	___
4. A menudo tiene orzuelos	___	___
5. Ojos en movimiento constante	___	___
6. Párpados caídos	___	___
7. Se queja de dolores de cabeza (niño pequeño)	___	___
8. Se queja de ojos que arden o tienen comezón (niño pequeño)	___	___
9. Se queja de dolor en los ojos (niño pequeño)	___	___
10. Fija a menudo la mirada en luces brillantes o repetidamente se pasa los objetos frente a la cara	___	___
11. Le molesta la luz de modo anormal	___	___
12. Tiene ojos llorosos	___	___
13. Acerca o aleja la cabeza mientras mira objetos distantes	___	___
14. Vuelve la cabeza a un lado para usar solo un ojo	___	___
15. Inclina la cabeza a uno u otro lado	___	___
16. Se pone un objeto cerca de los ojos para verlo	___	___
17. Entrecierra los ojos para ver objetos	___	___
18. Parpadea demasiado	___	___
19. Tiende a frotarse ojos	___	___
20. Se cubre un ojo o lo cierra	___	___
21. Tropezca con objetos	___	___
22. Le falta interés para mirar objetos o verlos	___	___
23. No puede ver objetos distantes	___	___
24. Mueve los objetos solo a la línea media del cuerpo. No pasa a través de la línea media para recoger cosas	___	___
25. No puede apilar bloques ni otros objetos	___	___
26. En la familia hay historia de ojo torpe o problemas de visión	___	___



**Through the Looking Glass Early Head Start**  
**HEARING/VISION SCREENING FORM (0-3 years)**



Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Visitante del hogar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Audición:**

	Sí	No
¿Ha tenido su niño infecciones del oído?	___	___
Si es así ¿cuántas veces ha ido al doctor por esas infecciones y cuál fue al tratamiento?	___	___
<hr/>		
¿Se le ha hecho alguna vez un examen o tratamiento para el oído?	___	___
¿Cuándo? _____ ¿Quién lo hizo? _____ Resultados _____		

Un "no" en cualquier renglón, 1-4 indica referencia. Un "sí" en 3 renglones, 5-12 indica referencia.

Conteste las preguntas 1-6 para niños menores de 2 años; conteste las preguntas 6-12 para niños más de 2 años.

	Sí	No
1. Vuelve la cabeza hacia un sonido interesante o cuando se producía su nombre	___	___
2. Se arrulla solo y hace ruido cuando está solo	___	___
3. Usa la voz para llamar la atención	___	___
4. Trata de imitarla a usted si usted hace sus propios sonidos	___	___
5. Parece tener dificultad para oír	___	___
6. En la familia hay historia de problemas del oído	___	___
7. Sube el volumen de la TV más que otros miembros de la familia	___	___
8. Parece preferir un oído más que el otro	___	___
9. Se sobresalta o parece más sorprendido que otros si se produce un ruido repentino	___	___
10. Parece oírla a usted si habla en voz muy baja	___	___
11. Le pide a menudo que hable en voz más alta o que repita lo que dijo	___	___
12. Parece hablar tan bien como otros niños de su edad	___	___