

**El Acceso al Aprendizaje de La Clínica de Baja Visión**

**PADRES/CUIDADORA**

**INFORMACIÓN DE PRE-EXAMEN DE BAJA VISIÓN**

Fecha de Hoy: Nombre del Niño(a)

Fecha de Nacimiento: Sexo: M F

Nombre de Padre/Guardian:

Dirección Postal: Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

* ¿Con quien vive el niño(a)? (Madre, Padre, Guardián (Por favor, especifique)
* ¿Se necesita un intérprete en la clínica? Si No
* Nombre del oftalmólogo primario del niño(a):
* Fecha de su último examen visual del niño(a):
* ¿Qué es la causa de la debilitación visual?
* ¿De qué edad ocurrió la debilitación visual?
* ¿Alguien en su familia tienen similares problemas visuales?
* ¿Su niño(a) es molestado por luz deslumbrante o luz del sol brillante?

Si No

* ¿Qué tipo de protector deslumbrante usa su niño(a) regularmente?
* Ponga los dispositivos que su niño(a) usa para ayudarlo(a) ver mejor:
* ¿Su niño(a) tienen algunas otras enfermedades?
* ¿Su niño(a) tienen pérdida de audiencia? Si No, Si la respuesta es sí, por favor describa el nivel de pérdida de audición?
* Ponga en lista el medicamento que su niño(a) esta tomando:
* Ponga en lista cualquier tratamiento o cirugías a tenido o está recibiendo:
* ¿Actualmente su niño(a) está recibiendo entrenamiento de orientación o de movilidad? Si No
* Ponga en lista dispositivos o recursos que su niño(a) usa para movilidad (e.g., bastón rígido blanco, los dispositivos de movilidad adaptativa, telescopio monocular, etc.):
* ¿Qué le gustaría aprender de esta evaluación?

**Para someter esta forma electrónicamente:** guarde este folleto, llene los espacios disponibles, guarde la copia final a su computadora; y puede enviar a margarethidalgo@nmsbvi.k12.nm.us

**O someter esta forma vía electrónicamente o fax:**

NMSBVI-ECP, ATTN: Low Vision Clinic, 801 Stephen Moody Street SE, Albuquerque, NM 87123

Fax: 505-271-3073. Teléfono: 575-415-6044