



¡Por favor, tráigalo el día!

Cuestionario ocular

Dirección : _____

Nombre (*furigana*) : _____ (_____)

Fecha de nacimiento : _____

Período de gestación : _____ semanas días Peso al nacer : _____ g

Si tiene alguna inquietud sobre sus ojos, marque los apropiados.

- ① ☐ Es extraño la mirada o el movimiento ocular.
- ② ☐ Las pupilas se deslizan hacia adentro, afuera, arriba o en diagonalmente arriba.
- ③ ☐ Muy deslumbrado.
- ④ ☐ Al mirar las cosas, incline la cabeza o mire de reojo.
- ⑤ ☐ Mira más cerca de las cosas.
- ⑥ ☐ Puede ver cosas al aire libre con un ojo cerrado.
- ⑦ ☐ El centro de la pupila se ve blanquecino.
- ⑧ ☐ El tamaño de la pupila es diferente entre el izquierdo y el derecho
- ⑨ ☐ Los ojos tiemblan
- ⑩ ☐ Los párpados son caídos.
- ⑪ ☐ Padres o hermanos tienen ambliopía, estrabismo o una enfermedad ocular congénita.
- ⑫ ☐ Actualmente está visitando una oftalmólogo o bajo observación.
- ⑬ ☐ Otro (_____)

**Estas preguntas también son un signo de una enfermedad que necesita ser tratada.
Si está interesado, escriba en la columna "Otro".**