|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-00726S (06/2025) | **STATE OF WISCONSIN** |
| **HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA VISIÓN FUNCIONAL****Niños de 0 a 3 años****(FUNCTIONAL VISION SCREENING TOOL)** |

| Nombre del niño | Fecha de nacimiento | Edad/edad ajustada | Fecha en que se completó |
| --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |
| El uso de este formulario es voluntario para los programas Birth to 3 (Niños desde el nacimiento hasta los 3 años). **Esta información es solo a manera de guía. No está diseñada para diagnosticar la pérdida de visión.** La herramienta de evaluación de la visión funcional está diseñada para ayudar a los cuidadores y a los proveedores de servicios de intervención temprana a determinar cuándo sería apropiado remitir a un niño (desde el nacimiento hasta los tres años) a una evaluación de la visión. **Se recomienda que los niños del programa Birth to 3 (Niños desde el nacimiento hasta los 3 años) sean evaluados al momento de la admisión y cada seis meses hasta los 3 años.** **Sugerencias administrativas:** Los resultados más precisos se obtienen al contar con un entorno silencioso, libre de voces o sonidos, para garantizar que se esté evaluando la visión del niño y no otros sentidos. Utilice solo una linterna y juguetes que el niño conozca y que haya tocado. Recuerde algunos de estos indicadores comunes de que un bebé está mirando: dejar de chupar o moverse por un momento, parpadear en respuesta a la luz y fijar o enfocar la mirada. También es importante observar rápidamente la posición del niño y considerar cómo puede afectar su capacidad para mover la cabeza o los ojos. Por ejemplo, si un niño gira significativamente la cabeza hacia un lado, el evaluador debe ajustar dónde presentar los objetos en su línea media. Los bebés deben ser cargados por un cuidador, mientras que otros niños deben sentarse con apoyo si es necesario.Si esta lista de verificación de la visión dio como resultado la recomendación de una evaluación adicional, se aconseja a los programas Birth to 3 (Niños desde el nacimiento hasta los 3 años) que completen la lista de verificación de la audición [F-00727](https://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f0/f00727.docx) para las edades de 0 a 3 años. <https://www.dhs.wisconsin.gov/birthto3/index.htm> |
| **RESUMEN DE LOS RESULTADOS**Indique "Aprobado" o "Remitir" según los resultados de cada sección de la herramienta de evaluación.  |
| Antecedentes familiares o del nacimiento y observaciones iniciales | [ ]  Aprobado [ ]  Remitir |
| Lista de verificación sobre el desarrollo de la visión | [ ]  Aprobado [ ]  Remitir |
| Notas:       |
| **RESULTADOS / MEDIDA A TOMAR** |
| Después de haber utilizado esta herramienta, no hay indicadores significativos de problemas de visión en este momento. Se recomienda realizar una evaluación nueva cada seis meses. | [ ]  Aprobado |
| Con base en los resultados de esta evaluación, se recomienda remitir al niño a una evaluación médica y funcional de la visión (consulte a continuación). Luego de la remisión, entregue los resultados de la evaluación a los especialistas.Se remitió al niño a **ambos** (para obtener recursos, comuníquese con [Well Badger Resource Center](https://www.wellbadger.org/s/?language=en_US)):[ ]  Optometría u oftalmología pediátrica o pediatra para remisión a un especialista en visión**Y**[ ]  Docente de personas con discapacidad visual que realiza evaluaciones de la visión funcional y brinda servicios directos para niños de 0 a 3 años. | [ ]  Remitir |
|  |
| **Antecedentes familiares o del nacimiento y observaciones iniciales**Con base en la entrevista con el cuidador y la observación del niño, indique **Sí** o **No** en cada pregunta o afirmación. **Nota:** No remita si encuentra una respuesta **Sí** solo en la sección "Antecedentes familiares o del nacimiento" (excepto inquietudes sobre la visión del cuidador). El niño también debe tener una respuesta **Sí** adicional en otra área de la herramienta de evaluación. |
| **Antecedentes familiares o del nacimiento** |
| ¿Los padres o cuidadores tienen preocupaciones sobre la visión del niño? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Alguien de la familia tiene pérdida grave de la visión o una enfermedad ocular que se haya diagnosticado antes de los 18 años (por ejemplo, albinismo, ambliopía, cataratas, estrabismo, retinoblastoma)? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿La madre del niño tuvo alguna infección o enfermedad grave durante el embarazo (por ejemplo, rubéola, citomegalovirus (CMV), toxoplasmosis, sífilis, herpes, etc.)? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿El niño nació prematuramente antes de las 33 semanas o pesó menos de 3 libras al nacer? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Tuvo alguna infección posnatal (por ejemplo, meningitis, encefalitis, hidrocefalia, etc.)? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Tuvo algún tipo de traumatismo craneal al nacer o poco después? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Se ha identificado algún síndrome (como síndrome de Down; CHARGE, Usher, WAGR)? | [ ]  Sí [ ]  No |
| ¿Se ha identificado o tenido sospechas de parálisis cerebral? | [ ]  Sí [ ]  No |
| **Observaciones iniciales: Función** |  |
| No parpadea ante un objeto, como una mano, que se acerca rápida o directamente a su cara (no hay contacto, brisa ni sonido involucrado; cerca de los 5 meses, el niño debe parpadear; si lo hace, marque "No"; si no lo hace, marque "Sí"). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Demuestra preferencia por un ojo (¿el niño gira o inclina los ojos o la cabeza para fijar la mirada en un juguete conocido en la línea media?) | [ ]  Sí [ ]  No |
| Sostiene los objetos lejos o inusualmente cerca (o se mueve muy cerca de los objetos) al mirarlos. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Con frecuencia tropieza o gatea o choca con cosas (después de gatear o caminar durante al menos 3 o 4 meses; si no corresponde, marque "No"). | [ ]  Sí [ ]  No |
| No puede mantener la mirada durante al menos 10 segundos o evita mirar a personas u objetos. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Entrecierra los ojos, llora o indica dolor de alguna otra forma en situaciones de luz brillante (por ejemplo, luz del sol). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Incapacidad de seguir con fluidez objetos en movimiento en una o más direcciones con ambos ojos o presenta interrupciones (por ejemplo, parpadea, mira hacia otro lado o cambia de ojo) cuando el objeto cruza la línea media. | [ ]  Sí [ ]  No |
| **Observaciones iniciales: Apariencia** |  |
| Los ojos se cruzan, se giran hacia afuera o se mueven independientemente uno del otro todo el tiempo, parte del tiempo o cuando el niño está cansado (cerca de los 5 a 7 meses ambos ojos deberían moverse al mismo tiempo). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Uno o ambos párpados están caídos y cubren las pupilas (círculos negros en el centro de los ojos). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Los ojos tiemblan o se mueven constantemente | [ ]  Sí [ ]  No |
| El iris (parte coloreada del ojo) parece de color rosa o violeta. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Una o ambas órbitas oculares (estructuras óseas que rodean los ojos) lucen deformadas. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Una o ambas pupilas son blancas, turbias o de cualquier color distinto al negro. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Una o ambas pupilas no son redondas y parecen deformadas (por ejemplo, con forma de lágrima). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Las pupilas son de tamaño desigual entre sí o reaccionan de forma retardada a los cambios de luz. | [ ]  Sí [ ]  No |
| **Lista de verificación sobre el desarrollo de la visión**En cada afirmación dentro del rango de edad ajustado del niño, indique **Sí** o **No.** Si hay 3 o más respuestas **No** en el rango de edad del niño, marque **Remitir** en la primera página, en el resumen de resultados. |  |
| **Desde el nacimiento hasta 1 mes** |
| Mira fijamente las luces, ventanas y paredes brillantes. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Mira por poco tiempo la cara del cuidador (a una distancia de 8 a 12 pulgadas mientras lo cargan). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Mira por poco tiempo los objetos colocados en el campo visual (puede dejar de succionar o moverse por un momento). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Parece enfocar mejor objetos que se encuentran a unas 8 a 12 pulgadas de la cara (aproximadamente la distancia de cuando lo cargan). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Sigue o rastrea con los ojos un objeto que se mueve lentamente de manera horizontal (no siempre se mueven ambos ojos juntos). | [ ]  Sí [ ]  No |
| **De 1 a 3 meses** |  |
| Establece contacto visual con usted (sin escuchar su voz). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Sonríe en respuesta a mirar a la cara de una persona que está hablando o sonriendo. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Inspecciona visualmente sus propias manos y el entorno cercano. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Se fija en objetos y patrones de alto contraste dentro del campo visual. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Se enfoca en objetos desde 5 pulgadas hasta tan cerca como 3 pulgadas. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Se gira hacia un objeto conocido que traen desde un costado. | [ ]  Sí [ ]  No |
| **De 3 a 5 meses** |  |
| Mira objetos o juguetes en sus manos por un momento. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Presta atención visual a objetos a distancias de 5 a 20 pulgadas y ve objetos a 3 pies. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Mira y se estira hasta la mayoría de los juguetes que están a su alcance. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Sigue o rastrea un objeto verticalmente o uno que se mueve rápido horizontalmente | [ ]  Sí [ ]  No |
| Mira de un lado a otro entre 2 objetos o personas. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Golpea objetos que están suspendidos sobre él. | [ ]  Sí [ ]  No |
| **De 5 a 7 meses** |  |
| Reacciona de manera diferente ante distintas personas y responde a una variedad de expresiones faciales. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Sonríe, acaricia o besa su imagen en un espejo. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Se ríe cuando juega al "cucú" (sin voz). | [ ]  Sí [ ]  No |
| Observa a las personas al menos a 6 pies de distancia. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Intenta estirarse y agarrar juguetes u objetos. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Ambos ojos están rectos y siempre se mueven juntos (no deberían girar hacia adentro, afuera, arriba, abajo). | [ ]  Sí [ ]  No |
| **De 7 a 12 meses** |  |
| Busca juguetes que se le caen. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Se interesa en imágenes o libros ilustrados. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Intenta estirarse para recoger un objeto pequeño, como cereal, pasas o pelusa. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Se mueve, por cualquier medio, hacia un objeto que se encuentra al menos a 5 pies de distancia. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Sigue objetos con los ojos en lugar de solo con la cabeza. | [ ]  Sí [ ]  No |
| **De 12 a 18 meses o más** |  |
| Observa un juguete favorito que cae en un contenedor. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Se fija en la expresión facial y la imita. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Mira objetos distantes por la ventana, como automóviles o personas. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Mira hacia los objetos señalados cuando se lo piden. | [ ]  Sí [ ]  No |
| Gira un libro hacia el lado derecho para mirar las imágenes (cuando el libro está al revés). | [ ]  Sí [ ]  No |
| **Nota:** El desarrollo típico de la visión termina aproximadamente a los 18 meses; por lo tanto, cualquier niño mayor de esa edad debe tener todas las habilidades visuales de la lista de verificación. |  |
| **Definiciones:****Reflejo pupilar** Diagrama de los ojos que muestra el reflejo pupilar, donde la pupila se contrae con la luz brillante y se dilata con la luz tenue.**Anatomía del ojo*** **Párpado:** pliegue de piel que cubre y protege el ojo.
* **Iris:** parte coloreada del ojo que controla el tamaño de la pupila y la cantidad de luz que llega a la retina en la parte posterior del ojo.
* **Órbita:** cavidad o cuenca del cráneo en la que se encuentra el globo ocular.

**Pupila:** círculonegro en el centro del ojo que permite que la luz ingrese hacia la retina en la parte posterior del ojo. Las pupilas deben ser redondas, negras y del mismo tamaño. Las pupilas de ambos ojos deben responder a la luz con la misma rapidez y cambiar de tamaño, reduciéndose con la luz y agrandándose en una habitación oscura. En la oscuridad, el reflejo de la linterna debe estar centrado o ligeramente nasal (hacia la nariz) en **ambas** pupilas. |
| * **Nombre y función del evaluador/condado:**
 |

\***Fuentes:** 1) American Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus (Asociación Estadounidense de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo), 2) Conexiones auditivas y visuales (2016). Herramienta de evaluación de la visión funcional de Illinois (0-3) por Dr. Mindy Ely. 3) Escuela de Illinois para personas con discapacidad visual (2020). Herramienta de evaluación de la visión funcional de Illinois (0-3). <http://illinoisdeaf.org/Outreach/Screeningtool.html>. 4) Prevención de la ceguera 5) Hitos típicos del desarrollo de la visión (niños de 0 a 3 años) de Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin)

\* Adaptado por Colleen Kickbush, Gerente de servicios de visión y docente de personas con discapacidad visual (TVI), en noviembre de 2022. Hecho posible gracias a una asociación entre Vision Forward Association y el Programa Birth to 3 (Niños desde el nacimiento hasta los 3 años) del Wisconsin Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin).