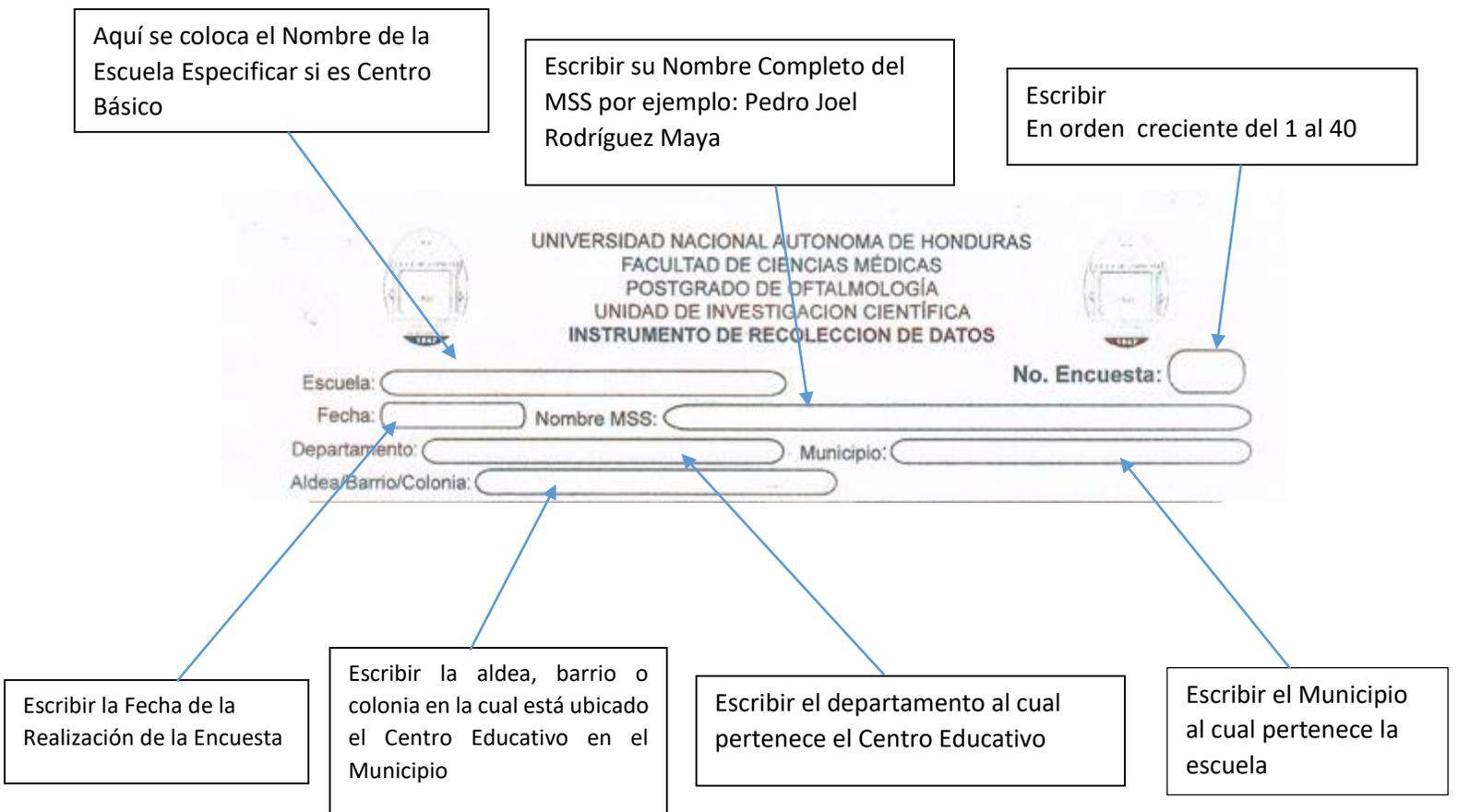


Instrucciones de llenado del Instrumento de Recoleccion de la Informacion del Proyecto de Investigacion: Prevalencia de discapacidad visual y factores asociados en niños escolares en el área de influencia de los médicos en servicio social del periodo marzo 2017-2018

Este documento tiene como objetivo explicar el llenado adecuado del Instrumento de Recolección de la Información para unificar criterios y evitar problemas al momento de entregar las encuestas en la Unidad de Investigación Científica en la fecha programada



Escribir el Nombre Completo del Niño Evaluado

Escribir la Edad del Niño evaluado en años

Seleccionar el género del niño o niña evaluado

Instrucciones: La presente encuesta consta de preguntas abiertas y cerradas, en las cuales se consignarán los datos generales y clínicos.

1. Datos Generales

a. Nombre: b. Edad: c. Sexo: Femenino
Masculino
d. Procedencia: Urbana e. Escolaridad: 1er grado
Rural 6to grado
2do grado 5to grado Se tomarán alumnos de 2do y 5to grado
SOLAMENTE si no se cumple con la muestra

Seleccionar la procedencia del niño evaluado

Seleccionar el grado al que pertenece el niño evaluado solo en caso que haya suficientes alumnos en 1 o 6 grado se tomara de 2 o 5 grado hasta completar los faltantes por grado respectivamente

En esta sección de antecedentes si el niño evaluado NO presenta ningún antecedente se debe dejar en blanco la sección de abajo desde el inciso (a) al (f) y se marca NO a la par de Antecedentes

Si el niño evaluado presenta algún antecedente positivo desde el inciso (a) al (f) se debe marcar como SI a la par de antecedentes y se van marcando los incisos del (a) al (f) en la columna SI y NO según corresponda

2. Antecedentes Sí No

a. Diagnóstico previo de ametropía:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. Antecedente de catarata:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c. Antecedente de trauma ocular:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d. Cirugía ocular previa:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
e. Familiar con uso de lentes:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
f. Familiar con antecedente de cirugía de ojos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

3. Rendimiento escolar

a. Promedio académico:

b. Antecedente de repitencia de año escolar: Sí
No

Indicar si el niño ha repetido algún grado

Escribir el promedio o índice escolar del niño en el año según los parciales que haya cursado del 0 al 100%

Aquí colocar la agudeza visual encontrada en cada una: Ojo Derecho, Ojo Izquierdo Ambos OJOS según corresponda

Clasificar la agudeza visual encontrada en cada una de las columnas

4. Datos clínicos: Examen clínico:

I. Agudeza visual: Ojo Derecho _____		Ojo Izquierdo _____		Ambos Ojos _____	
a. 20/20 a 20/30	<input type="checkbox"/>	a. 20/20 a 20/30	<input type="checkbox"/>	a. 20/20 a 20/30	<input type="checkbox"/>
b. 20/40 a 20/60	<input type="checkbox"/>	b. 20/40 a 20/60	<input type="checkbox"/>	b. 20/40 a 20/60	<input type="checkbox"/>
c. 20/70 a 20/200	<input type="checkbox"/>	c. 20/70 a 20/200	<input type="checkbox"/>	c. 20/70 a 20/200	<input type="checkbox"/>
d. < 20/200 a 20/400	<input type="checkbox"/>	d. < 20/200 a 20/400	<input type="checkbox"/>	d. < 20/200 a 20/400	<input type="checkbox"/>
e. Cuenta dedos	<input type="checkbox"/>	e. Cuenta dedos	<input type="checkbox"/>	e. Cuenta dedos	<input type="checkbox"/>
f. Movimiento de manos	<input type="checkbox"/>	f. Movimiento de manos	<input type="checkbox"/>	f. Movimiento de manos	<input type="checkbox"/>
g. Percepción de luz	<input type="checkbox"/>	g. Percepción de luz	<input type="checkbox"/>	g. Percepción de luz	<input type="checkbox"/>
h. No Percepción de luz	<input type="checkbox"/>	h. No Percepción de luz	<input type="checkbox"/>	h. No Percepción de luz	<input type="checkbox"/>
Tiene discapacidad visual:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene discapacidad visual:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene discapacidad visual:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Definir si tiene discapacidad visual: si es menor de 20/40

Si el niño presenta agudeza visual menor de 20/20 realizar la prueba con el agujero estenopeico

Aquí se debe colocar la agudeza visual encontrada en cada una: Ojo Derecho, Ojo Izquierdo según corresponda

II. Agudeza visual con agujero estenopeico:

Ojo Derecho _____		Ojo Izquierdo _____	
a. 20/20 a 20/30	<input type="checkbox"/>	a. 20/20 a 20/30	<input type="checkbox"/>
b. 20/40 a 20/60	<input type="checkbox"/>	b. 20/40 a 20/60	<input type="checkbox"/>
c. 20/70 a 20/200	<input type="checkbox"/>	c. 20/70 a 20/200	<input type="checkbox"/>
d. < 20/200 a 20/400	<input type="checkbox"/>	d. < 20/200 a 20/400	<input type="checkbox"/>
e. Cuenta dedos	<input type="checkbox"/>	e. Cuenta dedos	<input type="checkbox"/>
f. Movimiento de manos	<input type="checkbox"/>	f. Movimiento de manos	<input type="checkbox"/>
g. Percepción de luz	<input type="checkbox"/>	g. Percepción de luz	<input type="checkbox"/>
h. No Percepción de luz	<input type="checkbox"/>	h. No Percepción de luz	<input type="checkbox"/>

Clasificar la agudeza visual encontrada en cada una de las columnas

Indicar si mejoró la agudeza visual con la prueba del agujero estenoico en cada Ojo

Indicar si el niño presenta alguna de las siguientes manifestaciones clínicas del inciso (a) al (h), en el caso que presente alguna manifestación tache a la par de las Manifestaciones Clínicas según la evaluación

III. Mejoría de Agudeza visual con agujero estenoico:

Ojo Derecho Si No Ojo izquierdo Si No

IV. Manifestaciones clínicas: Si No

- a. Visión borrosa
- b. Astenopia
- c. Cefalea
- d. Hiperemia
- e. Lagrimeo
- f. Prurito
- g. Mala visión
- h. Otras

(especifique): _____

V. Uso de lentes de corrección:

Si No

Indicar si el niño usa lentes

En caso de no presentar ninguna manifestación clínica solo tache NO a la par de Manifestaciones Clínicas y deje en blanco del inciso (a) al (h)

Indicar si el niño presenta alguna manifestación durante el examen físico de los párpados o pestañas y en la superficie ocular, si presentara algún hallazgo Tache SI.

Debe tomar en cuenta que si el niño presenta alguno de los siguientes hallazgos clínicos desde el inciso (a) al (g) debe tachar a la par del hallazgo clínico según la evaluación

Examen físico

I. Examen físico de párpados y pestañas:

- | Ojo Derecho | | Ojo izquierdo | |
|---------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| a. Ptosis | <input type="checkbox"/> | a. Ptosis | <input type="checkbox"/> |
| b. Entropión | <input type="checkbox"/> | b. Entropión | <input type="checkbox"/> |
| c. Ectropión | <input type="checkbox"/> | c. Ectropión | <input type="checkbox"/> |
| d. Chalazión | <input type="checkbox"/> | d. Chalazión | <input type="checkbox"/> |
| e. Orzuelo | <input type="checkbox"/> | e. Orzuelo | <input type="checkbox"/> |
| f. Blefaritis | <input type="checkbox"/> | f. Blefaritis | <input type="checkbox"/> |
| g. Otras | <input type="checkbox"/> | g. Otras | <input type="checkbox"/> |

(especifique): _____
Durante el examen se identificó algún hallazgo: Si No

II. Examen físico de superficie ocular:

- | Ojo Derecho | | Ojo izquierdo | |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| a. Pinguécula | <input type="checkbox"/> | a. Pinguécula | <input type="checkbox"/> |
| b. Pterigi3n | <input type="checkbox"/> | b. Pterigi3n | <input type="checkbox"/> |
| c. Secreci3n | <input type="checkbox"/> | c. Secreci3n | <input type="checkbox"/> |
| d. Inflamaci3n | <input type="checkbox"/> | d. Inflamaci3n | <input type="checkbox"/> |
| e. Leucoma | <input type="checkbox"/> | e. Leucoma | <input type="checkbox"/> |
| f. Heridas | <input type="checkbox"/> | f. Heridas | <input type="checkbox"/> |
| g. Opacidades | <input type="checkbox"/> | g. Opacidades | <input type="checkbox"/> |
| h. Leucocoria | <input type="checkbox"/> | h. Leucocoria | <input type="checkbox"/> |
| i. Conjuntivitis: Bacteriana | <input type="checkbox"/> | i. Conjuntivitis: Bacteriana | <input type="checkbox"/> |
| Alérgica | <input type="checkbox"/> | Alérgica | <input type="checkbox"/> |
| Virica | <input type="checkbox"/> | Virica | <input type="checkbox"/> |
| j. otras | <input type="checkbox"/> | j. otras | <input type="checkbox"/> |

(especifique): _____
Durante el examen se identificó algún hallazgo: Si No

En caso de no presentar ninguna solo marque NO y deje en Blanco lo demás

Cuando tache la opción de otras especifique