

ENCUESTA DE SINTOMAS IXT

ID del Paciente: _____

Instrucciones para el Personal Clínico

Los niños deben estar ubicados de tal manera que no puedan ver a sus padres durante la prueba y se le debe recomendar a los padres el no influenciar las respuestas de los niños.

Para cada pregunta, el personal clínico le leerá la pregunta y anotará la respuesta del niño(a) en papel. Los niños también pueden usar la correspondiente tarjeta acompañante o pueden responder verbalmente.

Cada pregunta debe ser contestada. Si el niño parece no entender una pregunta, el personal clínico debe repetir la pregunta textualmente. El personal clínico no debe tratar de explicar la pregunta o profundizar la pregunta en detalle, pero debe motivar al niño a escoger la respuesta que mejor refleje cómo se siente él o ella.


Antes de iniciar, el personal clínico debe leerle al niño(a) las siguientes instrucciones en voz alta y debe presentarle la pregunta de ejemplo para determinar si el niño(a) entiende la prueba. Si el niño(a) no entiende la pregunta de ejemplo, indique que la encuesta no será completada porque el niño(a) no entiende la pregunta de ejemplo.


Instrucciones para el entrevistador


Te haré algunas preguntas acerca de algunas cosas que puede que hayas notado sobre tus ojos. A mí me gustaría saber que tanto has notado cualquiera de las siguientes cosas. No hay respuestas buenas o malas. Escoge la respuesta que más se acerque a como tú te sientes.

Si no estás seguro de cómo responder, por favor escoge la respuesta que tú creas es la mejor.

Yo voy a leer cada pregunta y entonces tú podrás señalar la imagen para mostrarme que tanto tú lo has notado.




Si nunca lo has notado, señala la carita feliz 

Si lo has notado algunas veces, señala la carita de la mitad 

Si lo notas siempre, señala la carita triste 

Vamos a intentar con una pregunta de práctica:

¿Es difícil para ti jugar con juguetes?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--

ENCUESTA DE SINTOMAS DE LA EXOTROPIA INTERMITENTE

ENCUESTA DE SINTOMAS IXT

ID del Paciente: _____

Para ser completado por el Personal Clínico




Indique lo siguiente:

- La ENCUESTA DE SINTOMAS IXT **NO** será completada.
De ser así, por favor escriba la razón por la cual no será completada:




De ser completada:

Fecha: ___ / ___ / ___




1) ¿Te duelen tus ojos?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--




2) ¿Se sienten raros tus ojos?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--

3) ¿Tienes visión doble (ves dos de la misma cosa cuando en realidad tú sabes que sólo hay una)?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--




4) ¿Es difícil para ti mirar las cosas fijamente?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--




5) ¿Tienes problemas con tus ojos en el sol?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--

6) ¿Tus ojos giran hacia dentro y hacia afuera?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--

7) ¿Es difícil para ti enfocar tus ojos?

Nunca 	Algunas Veces 	Siempre 
--	--	--