

# Pediatric Eye Questionnaire

## PedEyeQ

### Instrucciones para PADRES

**Este cuestionario hace preguntas acerca de cómo los ojos de su hijo/a podría afectarlos a usted y a su hijo/a en la vida diaria.**

Piense en el último mes y circule UNA respuesta que mejor responda a la pregunta.

Ejemplos:

¿Hay ciertas cosas que no puede hacer debido a los ojos de su hijo/a?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
---	------------	--------------	---------------------

Es importante responder cada una de las preguntas, aunque usted no este seguro/a. Circule la respuesta que usted piensa es la mejor. No hay respuesta correcta o incorrecta. ¡Este no es un examen!

**Si usted tiene preguntas o dificultad con cualquier parte del cuestionario, por favor pida ayuda a \_\_\_\_\_.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ MR #: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Apoderado de Niños de 0-4 años de edad Frustración / Preocupación

Si su niño normalmente usa lentes o lentes de contacto, responda como si los ESTUVIERA usando.  
Piense acerca del último mes ...

1) ¿Los ojos de su niño hacen que sea difícil aprender?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Tiene su niño dificultad para ver?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Hay ciertas cosas que su niño no puede hacer debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Su niño necesita ayuda con ciertas cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Tiene su niño que hacer las cosas de manera diferente a otras personas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Los ojos de su niño hacen que sea difícil para él/ella concentrarse?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Los ojos de su niño hacen que sea difícil para el/ella de realizar ciertas cosas?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Es difícil para su niño jugar/interactuar con otros debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
9) ¿Es difícil para su niño ver los escalones cuando camina?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
10) ¿Su niño se tropieza contra cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



## Apoderado de Niños de 0-4 años de edad Molestado por los Ojos / Visión

Si su niño normalmente usa lentes o lentes de contacto, responda como si los ESTUVIERA usando.  
Piense acerca del último mes ...

1) ¿Le molesta a su niño que necesita ayuda con ciertas cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Le molesta a su niño que él tiene que hacer las cosas de manera diferente a otras personas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Le molesta a su niño que sus ojos hacen que sea difícil de aprender?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le molesta a su niño porque él tiene dificultad para ver?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Le molesta a su niño que no puede hacer ciertas cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Le molesta a su niño porque sus ojos hacen que sea difícil concentrarse?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Le molesta a su niño porque sus ojos hacen difícil hacer ciertas cosas?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Le molesta a su niño tener que hacer ciertas cosas para ayudarse a ver mejor?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
9) ¿Está molesto su niño por las cosas que él/ella tiene que hacer para mejorar sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
10) ¿Su niño se pone molesto/a debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



## Apoderado de Niños de 0-4 años de edad Social

Si su niño normalmente usa lentes o lentes de contacto, responda como si los ESTUVIERA usando.  
Piense acerca del último mes ...

1) ¿Le molesta a su niño que la luz brillante hace que sea difícil de hacer cosas afuera?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Está molesto/a su niño debido a como se ven sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Los ojos de su niño lo hacen sentirse inseguro/a de él/ella mismo/a?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Su niño se siente "diferente" debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Le molesta a su niño de que él/ella obtiene atención extra debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Le molesta a su niño cuando la gente mira/ve fijamente a él/ella debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Es difícil para su niño hacer amigos debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Es su niño tímido debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
9) ¿Su niño se siente excluido debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



## Padre Impacto en los Padres y la Familia

**Si su hijo normalmente usa lentes o lentes de contacto, responda como si los ESTUVIERA usando.**

**Piense acerca del último mes ...**

1) ¿Se siente diferente a otros padres debido a la condición del ojo de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿El cuidado de la condición del ojo de su hijo causa estrés en su familia?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Es difícil asegurar que su hijo reciba la ayuda que necesita debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Es difícil porque hay que estar más involucrados en la educación de su hijo debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Le molesta tener que cambiar la forma de hacer las cosas debido a la condición del ojo de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Le molesta que no puede hacer ciertas cosas debido a la condición del ojo de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Es difícil porque necesita tiempo extra para hacer las cosas debido a la condición de los ojos de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Es trabajo difícil tener que explicar la condición del ojo de su hijo a otros?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
9) ¿Es difícil porque tiene que asistir a frecuentes exámenes de los ojos para su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
10) ¿Es difícil debido a que su hijo necesita más supervisión debido a la condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



## Padre

### Preocuparse por la Condición de los Ojos del Niño

**Si su hijo normalmente usa lentes o lentes de contacto, responda como si los ESTUVIERA usando.**

**Piense acerca del último mes ...**

1) ¿Le molesta que su hijo tenga una condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Le molesta que su hijo no ve bien con uno o ambos ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Le molesta que la condición de los ojos de su hijo le cause malestar físico?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le preocupa que su hijo se sienta molesto/a debido a su/s ojo (s)?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Le preocupa que la condición del ojo de su hijo empeore?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Se preocupa por el futuro de su hijo debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Le preocupa proteger el ojo (s) de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Le preocupa la seguridad de su hijo debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
9) ¿Le preocupa sobre el tratamiento (s) que su hijo pueda necesitar para la condición del ojo de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
10) ¿Le preocupa que no entienda por completo la condición del ojo su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



**Padre**  
**Preocuparse por la Autopercepción y las interacciones**

Si su hijo normalmente usa lentes o lentes de contacto, responda como si los ESTUVIERA usando.  
 Piense acerca del último mes ...

1) ¿Le molesta la apariencia de su hijo debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Le molesta cuando otros dicen cosas acerca de la condición del ojo de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Le molesta cuando otros miran/ ven fijamente a su hijo debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le preocupa que su hijo sea "diferente" debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Le preocupa que su hijo sea molestado debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Le preocupa que la condición del ojo de su hijo le afecte socialmente?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Le preocupa la autoestima de su hijo debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



## Padre Preocuparse por la Visión Funcional

**Si su hijo normalmente usa lentes o lentes de contacto, responda como si los ESTUVIERA usando.**

**Piense acerca del último mes ...**

1) ¿Le molesta que su hijo no puede hacer ciertas cosas debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Le preocupa que su hijo sea incapaz de hacer ciertas cosas debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Le preocupa que su hijo tenga dificultad para leer debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le preocupa que la condición del ojo de su hijo afecte su desarrollo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Le preocupa que la condición del ojo de su hijo afecte su aprendizaje?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Le preocupa la percepción de la profundidad de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Le molesta cuando otros no son pacientes con las necesidades relacionadas con los ojos de su hijo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Es difícil porque la condición del ojo de su hijo afecta su comportamiento?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0