

# Pediatric Eye Questionnaire

## PedEyeQ

### Instrucciones para HIJOS

**Este cuestionario hace preguntas acerca de cómo tus ojos pueden afectarte en tu vida diaria.**

Piensa en el último mes y circula una respuesta que mejor responda a la pregunta.

*Ejemplo:*

¿Hay ciertas cosas que no puedes hacer debido a tus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
---	------------	--------------	---------------------

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

**Si tienes una pregunta o dificultad con cualquier parte del cuestionario, por favor pide ayuda a \_\_\_\_\_ .**



## Jóvenes de 12-17 años de edad Visión Funcional

**Si tú normalmente usas lentes o lentes de contacto, responde como si los ESTUVIERAS usando.  
Piensa acerca del último mes...**

1) ¿Tus ojos hacen que sea difícil aprender?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
2) ¿Tus ojos hacen que sea difícil de practicar deportes?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
3) ¿Tienes dificultad para ver?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
4) ¿Necesitas ayuda especial en la escuela debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
5) ¿Necesitas ayuda con ciertas cosas debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
6) ¿Tienes que hacer las cosas de manera diferente a otras personas debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
7) ¿Tus ojos hacen que sea difícil concentrarte?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
8) ¿Es difícil ver el pizarrón en la escuela?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
9) ¿Es difícil ver los escalones cuando caminas?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
10) ¿Te tropiezas contra cosas debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0



## Jóvenes de 12-17 años de edad Molestado por los Ojos / Visión

Si tú normalmente usas lentes o lentes de contacto, responde como si los **ESTUVIERAS** usando.  
Piensa acerca del último mes...

1) ¿Te molesta que necesitas ayuda con ciertas cosas debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
2) ¿Te molesta tener que hacer las cosas diferentes debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
3) ¿Te molesta porque tus ojos hacen que sea difícil aprender?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
4) ¿Te molesta porque tus ojos hacen que sea difícil de practicar deportes?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
5) ¿Te molesta porque tienes dificultades para ver?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
6) ¿Te molesta que necesitas ayuda especial en la escuela debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
7) ¿Te molesta porque debido a tus ojos se te hace difícil concentrarte?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
8) ¿Te molesta porque tus ojos hacen difícil hacer ciertas cosas?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
9) ¿Te molesta porque es difícil ver el pizarrón en la escuela?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
10) ¿Te molestan las cosas que tienes que hacer para que tus ojos estén mejor?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0



## Jóvenes de 12-17 años de edad Social

**Si tú normalmente usas lentes o lentes de contacto, responde como si los ESTUVIERAS usando.  
Piensa acerca del último mes...**

1) ¿Te molesta por cómo se ven tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
2) ¿Tus ojos te hacen sentirte inseguro de ti mismo?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
3) ¿Te molesta cuando otras personas dicen cosas o hacen preguntas acerca de tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
4) ¿Te sientes "diferente" debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
5) ¿Te molesta que obtienes más atención debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
6) ¿Te molesta cuando la gente te mira / ve fijamente debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
7) ¿Eres tímido debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
8) ¿Te hacen burla debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
9) ¿Te preocupa lo que otros piensen de ti debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
10) ¿Te preocupa que te hagan burlas debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0



## Jóvenes de 12-17 años de edad Frustración / Preocupación

**Si tú normalmente usas lentes o lentes de contacto, responde como si los ESTUVIERAS usando.  
Piensa acerca del último mes...**

1) ¿Odias ir con el doctor de los ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
2) ¿Es el cuidado de la condición del ojo difícil para ti?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
3) ¿Te sientes frustrado porque tus ojos no están mejorando?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
4) ¿Te preocupa ser lastimado debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
5) ¿Te preocupa que tus ojos se están poniendo peor?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
6) ¿Te preocupa que tus ojos harán difícil hacer las cosas cuando crezcas?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
7) ¿Te preocupa por no poder hacer las cosas debido a tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
8) ¿Te preocupas por tus ojos?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0
9) ¿Te preocupa de lo que tu podrías tener que hacer para que tus ojos estén mejor?	Never 2	Sometimes 1	All the time 0

# 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 \_\_\_\_\_.**



## Apoderado de Jóvenes de 12-17 años de edad Visión Funcional

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

1) ¿Los ojos de su hijo hacen que sea difícil para el/ella practicar deportes?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Tiene su hijo dificultad para ver?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Necesita su hijo ayuda especial en la escuela debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le molesta a su hijo porque 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
5) ¿Los ojos de su hijo hacen que sea difícil para él/ella concentrarse?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Los ojos de su hijo hacen que sea difícil para el/ella de realizar ciertas cosas?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Se molesta su hijo porque es difícil jugar/interactuar con los demás debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Es difícil para su hijo ver los escalones cuando camina?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
9) ¿Su hijo se tropieza contra cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
10) ¿Los ojos de su hijo se cansan con facilidad?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



## Apoderado de Jóvenes de 12-17 años de edad Molestado por los Ojos / Visión

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

1) ¿Le molesta a su hijo que necesita ayuda con ciertas cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Le molesta a su hijo porque 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 hijo porque sus ojos de él/ella hacen que sea difícil de aprender?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le molesta a su hijo porque sus ojos hacen que sea difícil de practicar deportes?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Le molesta a su hijo porque él/ella tiene dificultades para ver?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Le molesta a su hijo que tropieza contra las cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Le molesta a su hijo porque sus ojos se le cansan con facilidad?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Le molesta a su hijo porque sus ojos hacen que sea difícil concentrarse?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
9) ¿Le molesta a su hijo porque tiene problemas para leer de cerca?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
10) ¿Le molesta a su hijo porque es difícil ver el pizarrón en la escuela?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0





## Apoderado de Jóvenes de 12-17 años de edad Social

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

1) ¿Está su hijo molesto/a por cómo se ven sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Los ojos de su hijo lo hacen sentirse inseguro/a de él/ella mismo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Le molesta a su hijo cuando otras personas dicen cosas o hacen preguntas acerca de sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le molesta a su hijo cuando la gente mira / ve fijamente a él/ella debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿Es difícil para su hijo hacer amigos debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Es su hijo tímido debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
7) ¿Su hijo se preocupa por lo que otras personas piensen de él/ella debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
8) ¿Le preocupa que su hijo sea molestado debido a su condición del ojo?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0



## Apoderado de Jóvenes de 12-17 años de edad Frustración / Preocupación

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

1) ¿Su hijo se pone molesto debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0
2) ¿Está su hijo frustrado/a porque sus ojos no se están mejorando?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0
3) ¿Su hijo se preocupa de ser lastimado debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0
4) ¿Su hijo se preocupa que sus ojos están poniéndose peor?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0
5) ¿Su hijo se preocupa de que sus ojos harán difícil hacer cosas cuando él/ella sea mayor?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0
6) ¿Su hijo se preocupa por no ser capaz de hacer las cosas debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0
7) ¿Su hijo se preocupa por sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0
8) ¿Su hijo se preocupa por lo que él posiblemente tenga que hacer para mejorar sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el Tiempo 0



## Apoderado de Jóvenes de 12-17 años de edad Cuidado de Ojos

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

1) ¿Su hijo odia ir con el doctor de los ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
2) ¿Es el cuidado de la condición de ojo de su hijo difícil para él/ella?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
3) ¿Le molesta a su hijo porque los ojos le lastiman?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
4) ¿Le molesta a su hijo de que él/ella obtiene atención extra debido a sus ojos?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
5) ¿La condición de los ojos de su hijo causa problemas en su familia?	Nunca 2	A veces 1	Todo el tiempo 0
6) ¿Otras personas se frustran con su hijo 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