



Insuficiencia de convergencia – cuestionario sobre síntomas

NOMBRE _____ **FECHA** ___ / ___ / ___

MRN _____ **FECHA DE NACIMIENTO** ___ / ___ / ___ **EDAD** _____

Instrucciones para paciente/sujeto: Conteste las siguientes preguntas.

Instrucciones para padres o del médico clínico: Lea las siguientes preguntas exactamente como está escritas. Si el sujeto responde con un "sí", pregunte la frecuencia de síntomas. **No de ejemplos.**

		Nunca	(No muy a menudo) Con poca frecuencia	A veces	Bastante a menudo	Siempre
1.	¿Siente los ojos cansados cuando lee o hace trabajos de cerca?					
2.	¿Siente los ojos incómodos al leer o hacer trabajos de cerca?					
3.	¿Tiene dolor de cabeza al leer o hacer trabajos de cerca?					
4.	¿Se siente somnoliento al leer o hacer trabajos de cerca?					
5.	¿Pierde la concentración al leer o hacer trabajos de cerca?					
6.	¿Tiene problemas para recordar lo que ha leído?					
7.	¿Tiene visión doble al leer o hacer trabajos de cerca?					
8.	¿Ve las palabras moverse, saltar, nadar o flotar en la página al leer o hacer trabajos de cerca?					
9.	¿Siente que lee lentamente?					
10.	¿Le duelen los ojos al leer o hacer trabajos de cerca?					
11.	¿Siente molestia en los ojos al leer o hacer trabajos de cerca?					
12.	¿Siente una especie de "tirón" alrededor de los ojos al leer o hacer trabajos de cerca?					
13.	¿Nota las palabras borrosas o dentro y fuera de foco al leer o hacer trabajos de cerca?					
14.	¿Pierde su lugar al leer o hacer trabajos de cerca?					
15.	¿Tiene que volver a leer la misma línea de palabras al leer?					
		___ X 0	___ X 1	___ X 2	___ X 3	___ X 4

Puntaje total: _____