
Cuestionario de despistaje de Deficiencias Sensoriales

Rellenar sólo ante sospechas de posible deficiencia visual o auditiva

APELLIDOS		NOMBRE	
F. NACIMIENTO		LUGAR	
DIRECCION		LOCALIDAD	
CENTRO		NIVEL	
TUTOR/A			

PADRE/TUTOR		EDAD	
MADRE/TUTORA		EDAD	
PROF. PADRE		PROF. MADRE	
Nº DE HERMANOS		LUGAR QUE OCUPA	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
LOCALIDAD		C. POSTAL	

A.- DESPISTAJE DEFICIENCIA AUDITIVA.-	SI	NO
¿ Manifiesta rechazo a participar en actividades orales o se muestra tenso en ellas ?		
¿ Sigue con dificultad órdenes colectivas ?		
¿ Tiene dependencia de sus compañeros (hace la tarea fijándose en ellos) ?		
¿ Tiene tendencia a soñar despierto ?		
¿ Parece que oye cuando quiere ?		
¿ Pide con frecuencia que se le repitan las instrucciones. Dice ¿eh? O ¿qué? a menudo ?		
¿ Habitualmente gira la cabeza hacia el interlocutor y mantiene la mirada fija en la boca ?		
¿ No controla el tono de voz: grita a destiempo ?		
¿ Acostumbra a utilizar gestos ?		
¿ Su habla es poco clara y defectuosa ?		
¿ Presenta retraso en el desarrollo del lenguaje ?		
¿ Tiene con frecuencia catarros, otitis, dolores de oído o supuraciones en el oído ?		
O		

A.- DESPISTAJE DEFICIENCIA VISUAL.-	SI	NO
¿ El alumno/a se frota con frecuencia los ojos ?		
¿ Parpadea constantemente ?		
¿ Habitualmente presenta arrugada la entreceja ?		
¿ Presenta un bizqueo permanente o accidental ?		
¿ Presenta nistagmus (movimientos involuntarios del globo ocular) ?		
¿ Presenta cefaleas a menudo ?		
¿ Evita o rechaza actividades de control visual tales como picado, reseguir, preescritura ?		
¿ Presenta problemas grafomotrices relacionados con la orientación dentro del papel ?		
¿ Presenta con frecuencia los ojos enrojecidos ?		
¿ No discrimina bien los colores ?		
¿ Colocación de la cabeza en posición anormal con respecto al cuaderno/libro ?		
¿ Presenta alto grado de cansancio ante trabajos lectoescritores ?		