



1. Datos de la persona

Apellido	Nombre
Edad: 0-3 ☐ 4-7 ☐ 8-18 ☐ 19-39 ☐ 40-54 ☐ 55+ ☐	Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐
Dirección:	Teléfono:

2. Chequeo sencillo de la salud ocular

Examine de cerca cada ojo con la linterna	Sí	No	
¿Tienen ambos ojos un aspecto sano?	☐	☐	No Derivar a un profesional de la salud ocular
Pregunte:			
¿Tiene diabetes?	☐	☐	Si dice que sí en cualquiera de estas preguntas derivar a un profesional de la salud ocular
¿Tiene dolor o molestias oculares?	☐	☐	

3. Pruebas sencillas de visión

Compruebe si la persona usa lentes prescritos por un profesional de la salud ocular.

¿Utiliza lentes que le han sido prescritos para usted?	Sí ☐ No ☐
Si responde que sí → ¿Para qué usa lentes?	Ver de lejos ☐ → Póngase los lentes para hacer la prueba de visión de lejos
	Ver de cerca ☐ → Póngase los lentes para hacer la prueba de visión de cerca
	No lo sé ☐ → No se ponga los lentes durante las pruebas

Realizar una prueba sencilla de visión de lejos (de 8 años en adelante)

Ojo derecho: Línea superior	Resultado	Ojo derecho: Línea inferior	Resultado
Indica correctamente 2 o más letras en la línea superior: Sí ☐ No ☐	Sí → Continúe con la línea inferior No → Continúe con el ojo izquierdo	Indica correctamente 3 o más letras en la línea inferior: Sí ☐ No ☐	☐ Sí a todos, ambos ojos y: Menor de 40 años → Continúe con el plan 40 años o mayor → Continúe con la prueba de visión de cerca ☐ No en cualquiera: Línea superior → Refiera urgentemente a un profesional de la salud ocular. Línea inferior → Refiera urgentemente a un profesional de la salud ocular. Si la persona ha visto a un profesional de la salud ocular en los últimos 3 meses → Evalúe la necesidad de productos de apoyo para visión baja.
Ojo izquierdo: Línea superior	Resultado	Ojo izquierdo: Línea inferior	
Indica correctamente 2 o más letras en la línea superior: Sí ☐ No ☐	Sí → Continúe con la línea inferior No → Documente y refiera	Indica correctamente 3 o más letras en la línea inferior: Sí ☐ No ☐	
No se pudo completar la prueba de visión de lejos ☐			

Realizar una prueba sencilla de visión de cerca (de 40 años en adelante)

Indica correctamente la dirección de **3 o más** E en la tabla optométrica:
Sí ☐ No ☐

☐ **Sí** → No se requieren lentes para ver de cerca.
☐ **No** → Evalúe la necesidad de lentes para ver de cerca.
Si no está disponible  Refiera a un profesional de la salud ocular.

4. Planificación

Derivar a:	Profesional de la salud ☐ Profesional de la salud ocular ☐ Otro: 	No requiere acción ☐
Evaluar:	Lentes para ver de cerca ☐ Potencia:  Productos de apoyo para la baja visión (tras la evaluación de un profesional de la salud ocular) ☐ → Continuar con la evaluación para lupas y telescopios.	