

Entrevista a los padres

Estudiante _____ Padres _____ Fecha _____

Correo electrónico de los padres _____ Teléfono celular de los padres _____

1. Describir el problema de visión de su hijo y cómo afecta su funcionamiento.

2. Describir cómo su hijo explora objetos nuevos (de manera visual, táctil, auditoria o una combinación).

3. ¿Su hijo es sensible a la luz brillante y al reflejo? Sí/No. Describir.

4. ¿Le han recetado gafas a su hijo? Sí/No _____

¿Su hijo usa las gafas? Sí/No _____

¿Las gafas parecen ayudar a su hijo a ver mejor? Sí/No _____

Describir. _____

5. ¿Se le han recetado dispositivos de baja visión a su hijo para la visión cercana? Sí/No

Especificar. _____

Describir el uso de los dispositivos. _____

6. ¿Se le han recetado dispositivos de baja visión a su hijo para la visión a distancia? Sí/No

Especificar. _____

Describir el uso de los dispositivos. _____

7. Describir la personalidad de su hijo (por ejemplo, normal, tímido, tranquilo, agresivo, hiperactivo). _____

8. ¿Su hijo muestra habilidades adecuadas para su edad en actividades y tareas diarias (comer, vestirse, higiene personal y aseo, etc.)? Sí/No

Describir. _____

9. ¿Su hijo se desplaza de forma independiente hacia y desde la parada de autobús? Sí/No

¿En su vecindario? Sí/No _____

¿En las tiendas? Sí/No _____

Describir. _____

10. ¿Su hijo se lleva bien con otros niños? Sí/No _____
¿Con adultos? Sí/No_ _____
Describir. _____

11. ¿Su hijo tiene acceso a una computadora en casa? Sí/No
Describir las actividades para las que se utiliza la computadora y los problemas identificados.

12. Describir las actividades recreativas y de ocio de su hijo.

13. ¿Su hijo tiene metas laborales? Sí/No _____
Describir. _____

¿Cree que el programa educativo de su hijo contribuye a esas metas? Sí/No _____
Describir. _____

14. ¿Su hijo está tomando actualmente algún medicamento recetado? Sí/No.
En caso afirmativo, especificar. _____

15. Describir los entornos o las actividades de consideración en los que el maestro de
estudiantes con discapacidades visuales (TVI) debe observar a su hijo. _____

16. ¿Tiene inquietudes acerca de su hijo que no se han discutido? Sí/No
Describir _____

Entrevista al estudiante

Estudiante _____ Fecha _____

1. ¿Qué es lo que más te gusta de la escuela? _____

2. ¿Qué es lo que menos te gusta de la escuela? _____

3. ¿Tienes muchos amigos en la escuela? Sí/No _____
Describir. _____

4. ¿Tienes problemas para ver la televisión? Sí/No _____
Describir. _____

5. ¿Tienes problemas para leer información a distancia (por ejemplo, el tablero o las diapositivas)?
Sí/No _____
Describir. _____

6. ¿En qué clases tienes que copiar información del tablero o las diapositivas?
Describir los problemas. _____

7. ¿Tienes y usas un telescopio? Sí/No _____

8. ¿Tienes problemas para leer y copiar de tus libros de texto y apuntes? Sí/No _____
Describir. _____

9. ¿Tienes y usas una lupa cuando lees? Sí/No. _____

10. ¿Cuánto tiempo puedes leer antes de que se te cansen los ojos y necesites un descanso?

11. ¿Terminas tu trabajo cuando los demás terminan? Sí/No _____

Describir los problemas. _____

12. ¿Cómo calificarías tus habilidades de escucha? Malas/Justas/Buenas _____

13. ¿Tienes problemas en educación física? Sí/No. _____

Describir. _____

14. ¿Puedes ver eventos deportivos? Sí/No _____

¿Películas en los cines? Sí/No _____

¿Personas y accesorios en obras de teatro y conciertos? Sí/No _____

¿Utilizas un telescopio en estos entornos? Sí/No. _____

Especificar problemas. _____

15. ¿Puedes desplazarte de forma independiente y cómoda dentro y cerca de la escuela?

____ transporte

____ aulas

__ baños

____ cafetería

____ centro de medios

__ gimnasio

____ patio de recreo

16. ¿Qué sabes de tu discapacidad visual? _____

17. ¿Qué tipo de ayuda necesitas en la escuela? _____

18. ¿Qué tipo de trabajo quieres hacer cuando seas grande? _____

19. ¿Tienes preguntas sobre tu visión? _____

20. ¿Qué te gusta hacer durante tu tiempo libre? _____
