



Centro Educativo: _____
Domicilio: _____ CP: _____ Localidad: _____
Teléfono: _____
Persona de contacto en el Centro: _____
Cargo: Director/a Jefe/a de Estudios Secretario/a Tutor/a PT/AL

Alumno/a:
Nivel educativo y Curso:
Existen otras deficiencias: _____
¿Cuáles?: _____

Datos familiares:
Domicilio: _____
CP: _____ Localidad: _____ Teléfono familiar: _____

Aspectos a observar en el centro educativo	SI / NO / A VECES
Tropieza frecuentemente	
Arrastra los pies al andar	
Anda mirando al suelo	
Pega la cabeza al papel	
Guiña los ojos para mirar objetos cercanos y/o lejanos	
Mueve el material para verlo	
Movimientos extraños en los ojos	
Se producen deslumbramientos	
Inclina la cabeza para mirar	
Tiene dificultad para seguir el movimiento de los objetos	
Discrimina colores básicos	

Aspectos médicos (normalmente están en el informe oftálmico):

Agudeza Visual Lejos	OD :	OI:
Agudeza Visual Cerca		
Diagnóstico		
Posible evolución		

Observaciones que nos quieran hacer llegar sobre otros aspectos que se consideren relevantes:

Rogamos nos remitan el documento:

- Equipo Específico de Apoyo al Alumnado con Discapacidad Visual FAX (952361000)
- E-mail visuales.dpma.ced@juntadeandalucia.es