

## Cuestionario de Cataratas para el Lente Intraocular.

1. ¿Después de la cirugía, usted estaría interesado en ver bien sin gafas en esta situación?

**Distancia** (conducir, ver televisión, , actividades deportivas de cualquier tipo).

\_\_\_\_\_ Prefiero no usar Gafas/Lentes.

\_\_\_\_\_ No me importa usar Gafas/Lentes.

**Alcance-Medio** (computadora, etiquetas de precios, de cocina, juegos de mesa, ver artículos de estante, al afeitarse, aplicación de maquillaje y tablero de instrumentos).

\_\_\_\_\_ Prefiero no usar Gafas/Lentes.

\_\_\_\_\_ No me importa usar Gafas/Lentes.

**Cerca** - (lectura, detallado hecho a mano).

\_\_\_\_\_ Prefiero no usar Gafas/Lentes.

\_\_\_\_\_ No me importa usar Gafas/Lentes.

2. Si tuvieras que usar gafas después de la cirugía para las actividades. ¿En que escenario estarías más dispuestos a usar gafas?

\_\_\_\_\_ Vision de Distancia    \_\_\_\_\_ Visión de Clase-Media    \_\_\_\_\_ Vision de Cerca

3. ¿Qué afirmación describe sus expectativas de visión nocturna?

\_\_\_\_\_ Requiero la mejor visión posible en la noche ya que es muy importante para mí

\_\_\_\_\_ Quiero poder conducir cómodamente, pero pueden tolerar algunas imperfecciones.

\_\_\_\_\_ La vision nocturna no es importante para mi estilo de vida actual.

4. La cirugía para las cataratas es cubierta por los seguro medicos. Cirugía para reducir su independencia de las gafas para distancia, vista media y visión de cerca puede ser cubierto sólo parcialmente por los seguro médico. Estas características adicionales requieren gastos suplementarios de su bolsillo. ¿Esto es algo en lo que usted estaría interesado?

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ Quizás, Depende el costo

5. Por favor marque en la escala cual de los siguientes describen su personalidad mejor.

[ \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ ]

Tranquilo(a)

Perfeccionista

Nombre de el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma de el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Cataratas

### **¿Tiene dificultades, incluso con el uso de gafas, con las siguientes actividades?**

1. - ¿Lectura de pequeña letra, como etiquetas en botellas de la medicina, etiquetas de la comida, guías telefónicas? \_\_\_\_\_ YES / NO
2. - ¿Hacer trabajo de mano fino como costura, labor de punto o carpintería? \_\_\_\_\_ YES / NO
3. - ¿Juego de juegos como bingo, dominos, o juegos de cartas? \_\_\_\_\_ YES / NO
4. - ¿Lectura de periódicos, libros o Pantalla del ordenador? \_\_\_\_\_ YES / NO
5. - ¿Reconocimiento de la gente a la distancia? \_\_\_\_\_ YES / NO
6. - ¿Participando en deportes como bolos, fronton, tenis o golf? \_\_\_\_\_ YES / NO
7. - ¿Mirando la televisión? \_\_\_\_\_ YES / NO
8. - ¿Leyendo señales de tráfico, o viendo coches a en la distancia? \_\_\_\_\_ YES / NO

### **Su vision ha:**

1. – Le ha causado dificultad con la realización de trabajo de la casa: \_\_\_\_\_ YES / NO
2. - Le ha causado dificultad hacienda su trabajo: \_\_\_\_\_ YES / NO
3. - Le ha causado dificultad al hacer sus aficiones: \_\_\_\_\_ YES / NO
4. - Le ha causado dificultad al conducir en la noche: \_\_\_\_\_ YES / NO
5. - Le ha causado dificultad/ preocupacion de caer o golpearce con halgo: \_\_\_\_\_ YES / NO
6. - Caused a decreased in your level of independence? \_\_\_\_\_ YES / NO

### **Le ha causado molestias:**

1. – ¿Resplandor causado por las luces intenas o la luz de el sol \_\_\_\_\_ YES / NO
2. - ¿Ver Anillos o Aureolas alredero de las luces? \_\_\_\_\_ YES / NO
3. - ¿Vision nublada o borrosa? \_\_\_\_\_ YES / NO

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy:** \_\_\_\_\_