

Nombre del Paciente _____ Fecha ____/____/____

¿Tiene alguna dificultad, con alguna de las siguientes actividades, aun con anteojos o lentes de contacto?

Visión a distancia

- 1 ¿Conduciendo durante el día? Si No
- 2 ¿Conduciendo durante la noche? Si No
- 3 ¿Conduciendo en mal clima? Si No
- 4 ¿Viendo señales de calle, señales de tráfico o señales de tienda? Si No
- 5 ¿Viendo la televisión con claridad? Si No
- 6 ¿Participando en deportes como golf, tenis, cacería, boliche o otros? Si No

Visión de gama media

- 1 ¿Reconocer a las personas a medida que se acercan a usted? Si No
- 2 ¿Viendo la computadora claramente? Si No
- 3 ¿Limpiando, cocinando, tareas domésticas de cualquier tipo? Si No
- 4 ¿Ver bordillos, escalones o escaleras? Si No

Visión de Cerca

- 1 ¿Leyendo un periódico, una revista, o haciendo su papeleo? Si No
- 2 ¿Leer una letra pequeña (como un libro de fotos, un frasco de medicamentos o etiquetas de alimentos)? Si No
- 3 ¿Hacer trabajos manuales finos (como costura, pasatiempos o carpintería)? Si No
- 4 ¿Escribir cheques o completar formularios? Si No
- 5 ¿Jugar juegos (como cartas, bingo, juegos de lotería o otros)? Si No

Otro

- 1 ¿Realizando los deberes requeridos para su empleo? Si No
- 2 ¿Algún otro problema con sus actividades diarias causado por la mala visión? Si No

Síntomas

¿Le molesta alguno de los siguientes?

- 1 ¿Visión nebuloso o borrosa? ¿Dificultad para enfocar? Si No
- 2 ¿Mala visión nocturna o dificultad para ver con poca luz? Si No
- 3 ¿Deslumbramiento, aureola o rayas alrededor de las luces? Si No
- 4 ¿Deslumbramiento de las luces de los coches o la luz del sol brillante? Si No
- 5 ¿A menudo parece que está mirando a través de lentes que necesitan limpieza? Si No

Firma del paciente _____

Patient Name _____ Date ____/____/____

Do you have any difficulty, even with glasses, or contact lenses, with any of the following activities?

Distance Vision

- 1 Driving during daylight? Yes No
- 2 Driving at night? Yes No
- 3 Driving in poor weather? Yes No
- 4 Seeing street signs, traffic signs, or store signs? Yes No
- 5 Seeing the television clearly? Yes No
- 6 Taking part in sports such as golf, tennis, hunting, bowling, or others? Yes No

Mid-range Vision

- 1 Recognizing people as they get close to you? Yes No
- 2 Seeing the computer clearly? Yes No
- 3 Cleaning, cooking, housework of any kind? Yes No
- 4 Seeing curbs, steps, or stairs? Yes No

Near Vision

- 1 Reading a newspaper, magazine, or doing your paperwork? Yes No
- 2 Reading fine print (such as a photo book, medicine bottle, or food labels)? Yes No
- 3 Doing fine handiwork (such as sewing, hobbies, or carpentry)? Yes No
- 4 Writing checks or filling out forms? Yes No
- 5 Playing games (such as cards, bingo, lottery games, or others)? Yes No

Other

- 1 Performing any duties required for your employment? Yes No
- 2 Any other problems with your daily activities caused by poor vision? Yes No

Symptoms

Are you bothered by any of the following?

- 1 Hazy, blurred vision? Difficulty focusing? Yes No
- 2 Poor night vision or difficult seeing in dim lighting? Yes No
- 3 Glare, halos, or streaks around lights? Yes No
- 4 Glare from car headlights or bright sunlight? Yes No
- 5 Does it often seem like you're looking through glasses that need cleaning? Yes No

Patient Signature _____