

Nombre del Paciente _____ Fecha ____/____/____

- 1 ¿Te molesta o te frustra usar anteojos? Si No Algo
- 2 ¿Le interesa la cirugía para reducir su necesidad de anteojos? Si No Algo
- 3 ¿Conduce mucho por la noche? Si No Algo
- 4 ¿La aureola o el brillo alrededor de las luces en la noche le molestan después de la cirugía? Si No Algo
- 5 ¿Usa una computadora diario? Si No Algo
- 6 ¿Hace mocho trabajo de cercas o de detalle? Si No Algo
- 7 ¿Alguna vez ha probado los lentes de contacto monovisión? Si No Algo
- 8 En la siguiente escala, circule el número que mejor describa su personalidad.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Indolent								Perfeccionista	

- 9 ¿Qué tipo de empleo hace usted? _____
- 10 Por favor liste sus pasatiempos y actividades favoritas: _____

- 11 ¿Qué tan agradable sería para usted depender menos en los anteojos para sus actividades diarias?
 Muy agradable Algo agradable No importa

12 Por favor inicial:

_____ **ESTOY INTERESADO** en la cirugía para ayudar a reducir mi necesidad de anteojos. Entiendo que el seguro NO paga esta opción. Cualquier costo adicional relacionado con la reducción de mi necesidad de anteojos, sería “mi responsabilidad”.

_____ **NO ME INTERESA** la cirugía para ayudar a reducir mi necesidad de anteojos. Comprendo que después de la cirugía de cataratas, la prescripción de mis lentes cambiará y es muy probable que necesite lentes para todo.

PARA USO MÉDICO

Ojo derecho

Opción 1	Opción 2	Opción 3		
Con:	LenSx	ORA	1er Ojo	2do Ojo
Extracción de cataratas con IOL 66984			Complejo 66982	

Ojo izquierdo

Opción 1	Opción 2	Opción 3		
Con:	LenSx	ORA	1er Ojo	2do Ojo
Extracción de cataratas con IOL 66984			Complejo 66982	

Lifestyle Questionnaire

Patient Name _____ Date ____/____/____

- 1 Does wearing glasses bother or frustrate you? Yes No Somewhat
- 2 Are you interested in surgery to reduce your need for glasses? Yes No Somewhat
- 3 Do you do a lot of night driving? Yes No Somewhat
- 4 Would halos or glare around lights at night bother you after surgery? Yes No Somewhat
- 5 Do you use a computer on a daily basis? Yes No Somewhat
- 6 Do you do a lot of close detail work? Yes No Somewhat
- 7 Have you ever tried monovision contact lenses? Yes No Somewhat
- 8 On the following scale, please circle the number that best describes your personality?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Easy-Going								Perfectionist	

- 9 What is your job? _____
- 10 Please list your favorite hobbies and activities: _____

- 11 How enjoyable would it be for you to be less dependent on glasses for your daily activities?
 Very enjoyable Somewhat enjoyable Doesn't matter

12 Please initial one:

_____ I **AM INTERESTED** in surgery to help reduce my need for glasses. I understand insurance does NOT pay for this option. Any additional cost related to reducing my need for glasses is "out-of-pocket."

_____ I **AM NOT INTERESTED** in surgery to help reduce my need for glasses. I understand after cataract surgery my glasses prescription will change, and I will most likely need glasses for everything.

FOR DOCTOR USE

Right Eye

Choice 1	Choice 2	Choice 3		
With:	LenSx	ORA	1st Eye	2nd Eye
Cataract Extraction with IOL	66984		Complex	66982

Left Eye

Choice 1	Choice 2	Choice 3		
With:	LenSx	ORA	1st Eye	2nd Eye
Cataract Extraction with IOL	66984		Complex	66982