



CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE SU VISIÓN

(Vision Quality Questionnaire)

Name: _____ DOB: _____

Síntomas: ¿Ha notado:

que ve mal por las noches?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
que ve anillos o halos alrededor de las luces?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
un resplandor por la luz de un auto o el sol brillante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
su visión difusa y/o borrosa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
que no puede ver bien con poca luz o tenue?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
que no ve bien los colores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
doble visión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

Funciones de la vista- ¿Tiene ALGUNA dificultad, inclusive con anteojos, al realizar las siguientes actividades?

Leer letras pequeñas, como las etiquetas de los medicamentos o el directorio telefónico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Leer el periódico, un libro o una receta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Usar un teléfono celular, i/Pad o tableta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Usar la computadora.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Reconocer personas cuando se encuentran cerca.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Ver los peldaños o los bordes de las aceras.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Leer señales de tráfico, nombres de calles o letreros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Realizar pasatiempos como coser, jugar cartas, carpintería, atar anzuelos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Escribir cheques o llenar formularios.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Jugar deportes como boliche, tenis o golf.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Mirar la televisión.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A

Continúa al reverso





Sobre el manejo:

¿Maneja en la actualidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	
Si ha dejado de manejar, ¿cuándo manejó por última vez?			
<input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses	<input type="checkbox"/> De 6 a 12 meses	<input type="checkbox"/> Hace más de 1 año	
¿Cuánta dificultad tiene al manejar durante el día debido a su visión?			
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Mucha
¿Cuánta dificultad tiene al manejar de noche debido a su visión?			
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Mucha

X

Firma del/la paciente (Patient Signature)
por el/la paciente) (o de la persona autorizada para firmar

Fecha

FOR PHYSICIAN USE ONLY

Eye being evaluated: RIGHT LEFT

Procedure being considered: CE/IOL YAG laser capsulotomy