

Funcionamiento visual

¿Tienes dificultades, incluso con gafas, con las siguientes actividades? Marque SÍ o NO.

Ojo derecho Ojo izquierdo

1. Leer letra pequeña, como las etiquetas de los medicamentos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Botellas, guías telefónicas o etiquetas de alimentos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Leer un periódico o un libro?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Leer un libro con letra grande, periódicos con letra grande o números grandes en un teléfono?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5. ¿Reconocer a las personas cuando están cerca de ti?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6. ¿Ver escalones, escaleras o bordillos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
7. ¿Leer señales de tráfico, señales de tráfico o señales de tiendas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8. ¿Hacer trabajos manuales finos como coser, tejer, hacer ganchillo o carpintería?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
9. ¿Escribir cheques o llenar formularios?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
10. ¿Jugar juegos como bingo, dominó o juegos de cartas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
11. ¿Participa en deportes como bolos, balonmano, tenis o golf?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
12. ¿Cocinando?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
13. ¿Viendo televisión?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Síntomas

¿Le ha molestado: Marque SÍ o NO?

Ojo derecho Ojo izquierdo

1. ¿Mala visión nocturna?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Ver anillos o halos alrededor de la luz?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Deslumbramiento causado por los faros o la luz solar brillante?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
4. ¿Visión borrosa y/o borrosa?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

5. ¿Ver bien con poca luz?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
6. ¿Mala visión del color?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
7. ¿Visión doble?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Conducir

Ojo derecho

Ojo izquierdo

1. ¿Alguna vez has conducido un coche?	<input type="checkbox"/> SÍ (continuar) <input type="checkbox"/> NO (Detener)	<input type="checkbox"/> SÍ (continuar) <input type="checkbox"/> NO (Detener)
2. ¿Actualmente conduces un coche?	<input type="checkbox"/> SÍ (continuar) <input type="checkbox"/> NO (Detener)	<input type="checkbox"/> SÍ (continuar) <input type="checkbox"/> NO (Detener)
3. ¿Cuánta dificultad conduces <u>durante el día</u> debido a tu visión?	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Un poco de dificultad <input type="checkbox"/> Una cantidad moderada de dificultad <input type="checkbox"/> Una gran cantidad de difícil	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Un poco de dificultad <input type="checkbox"/> Una cantidad moderada de dificultad <input type="checkbox"/> Una gran cantidad de difícil
4. ¿Cuánta dificultad tiene <u>para conducir de noche</u> debido a su visión?	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Un poco de dificultad <input type="checkbox"/> Una cantidad moderada de dificultad <input type="checkbox"/> Una gran cantidad de difícil	<input type="checkbox"/> Sin dificultad <input type="checkbox"/> Un poco de dificultad <input type="checkbox"/> Una cantidad moderada de dificultad <input type="checkbox"/> Una gran cantidad de difícil
5. ¿Cuándo dejo de conducir?	<input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> hace 6-12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de 1 año	<input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> hace 6-12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de 1 año

La cirugía de cataratas casi siempre se puede posponer de manera segura hasta que sienta que necesita una mejor visión. Si los anteojos más fuertes ya no mejoran su visión, y si la única manera de ayudarlo a ver mejor es la cirugía de cataratas, ¿siente que su problema de visión es lo suficientemente grave como para considerar la cirugía de cataratas ahora?

- Sí
 No

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____