

Cuestionario de Estilo de Vida: Cataratas

Nombre _____

Tiene que tomar una decisión importante sobre el futuro de su visión.

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a comprender sus objetivos de visión para que podamos brindarle la mejor lente posible para su estilo de vida.

1. A lo largo del día realizas actividades que requieren que tus ojos enfoquen a diferentes distancias.

Encierre en un círculo o escriba las actividades que son más importantes para su estilo de vida:

Distancia



Conduciendo



Golf



Eventos deportivos



paisajes

Otro: _____

Intermedio



Tablero del coche



Computadora



Compras



Juegos

Otro: _____

Cerca



Letra pequeña



Teléfono móvil



Coser



maquillaje

Otro: _____

2. 1. Sobre el promedio, ¿cuántas horas al día pasa:

___ Conduciendo

___ Participar en actividades de estilo de vida (es decir, golf, jardinería, cocina, etc.)

___ Uso de dispositivos multimedia (es decir, teléfono móvil, tableta, lector electrónico)

___ Lectura de libros, periódico.

___ Tejer, leer, letra pequeña

3. 3. Pensando a largo plazo, ¿qué tan importante es que confíes menos en tus anteojos?

- Me da lo mismo. Sería bonito Las gafas son molestas Odio usarlas

4. 4. ¿Con qué frecuencia conduce en condiciones de poca luz (atardecer, noche, amanecer, lluvia)?

- Nunca No muy a menudo, pero me gustaría Ocasionalmente A menudo

5. Lo mejor que pueda, marque dónde encaja su tipo de personalidad en esta escala.

■—————■
Actitud Tranquila Perfeccionista

6. Sé que es posible que mi seguro solo cubra algunos de los procedimientos y quiero conocer mis opciones de tratamiento.

- De Acuerdo
 No estar de Acuerdo

7. Si mi procedimiento no está totalmente cubierto por el seguro. Quiero informarme sobre las opciones de financiamiento.

- De Acuerdo
 No estar de Acuerdo

8. Para garantizar que su visita sea una experiencia agradable, comparta cualquier pregunta o inquietud que desee que sepamos.
