

LIDERES EN EL CUIDADO DE LOS OJOS

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA

Sabemos que sus ojos son muy importantes para Usted. Nos gustaría saber de qué forma usa sus ojos en la rutina diaria. Junto con su examen de vista, esta información nos ayudara para recomendarle los mejores lentes para sus ojos de acuerdo a su vida Personal.

Usa Anteojos? Si No **Si responde Si** All the time Sometimes

Que tan importante es para Usted Leer o usar la computadora sin anteojos?

Muy Importante Importante No Importante

Cuantas horas al día: Lee _____ Usa la computador _____

Donde sostiene el libro cuando lee?

Cerca de la cara Cerca del pecho En sus piernas

Como se siente acerca de usar anteojos? _____

Si le fuera posible no tener que usar anteojos, Le gustaría eso? Si No

Maneja de Noche? Si No **Si responde Si** Algunas veces Diario

Chofer Profesional (Troca/taxi) Si No

Por Favor marque las actividades que practica en la rutina diaria:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leer el periódico, Libros | <input type="checkbox"/> Jugar Golf |
| <input type="checkbox"/> Conducir de día | <input type="checkbox"/> Computadora, Papeleo |
| <input type="checkbox"/> Músico/a | <input type="checkbox"/> Ir de cacería o Pesca |
| <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Revisar papeles/Escribir |
| <input type="checkbox"/> Artista Pintor | <input type="checkbox"/> Fotografía |
| <input type="checkbox"/> Bordar | <input type="checkbox"/> Leer medicinas |
| <input type="checkbox"/> Jugar Tenis | |
| <input type="checkbox"/> Otras, Por favor anote _____ | |

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA



EYE CENTER OF TEXAS

Leaders in Eye Care