

# 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