

VALORACION VISUAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FUNCIONAMIENTO VISUAL: Su Vision le causa problemas?

Leer el periódico	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Leer el Directorio telefónico:	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Ver señales de tráfico	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Leer etiquetas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Leer Precios	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Reconocer a Personas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Ver Escalones	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Ver Cuarteadas en las Banquetas	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Ver Televisión	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Desempeñar su Trabajo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Desempeñar sus labores en casa	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Gozar Descanso y entretenimiento	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca

SINTOMAS: Alguna vez le ha molestado lo siguiente?

Dificultad al leer	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Dificultad en ver la computadora	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Mala vision de noche	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Ver Auras en las luces	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Brillo	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Vision Borrosa/Nublada	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca
Dificultad de ver con poca luz	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca

CONDUCIENDO

Puede conducir un auto? Si No

Si es así, Durante el día: Si No

Si es así, Durante la Noche: Si No

Los Problemas Con Su Vision Le Causan Temor Al Manejar?

Durante el día: Si No

Durante la Noche: Si No

Durante los últimos seis meses? Si No

OCUPACION _____

INTERESES / PASATIEMPOS _____

FIRMA DEL PACIENTE _____ INICIALES DEL TÉCNICO _____