

Paciente:

Fecha del examen:

CUESTIONARIO DE INDEPENDENCIA / NECESIDADES VISUALES

¿Cómo describirías cómo te parecen las cosas (niebla, distorsión, puntos faltantes, etc.)?

Ojo derecho:

Ojo izquierdo:

¿Tienes temblores en las manos?

¿Describe lupa o un tipo especial de lentes o dispositivos de ampliación que usas?

¿Utiliza algún dispositivo que le hable en voz?

¿Usas computadoras?

¿Cuáles son sus principales actividades con computadoras?

¿Utiliza un lector electrónico como un Kindle, Nook o Ipad?

¿Puede ver la información / números en su teléfono celular?

¿Teléfono de casa?

Lectura de periódicos, libros o revistas:

- Leo a diario sin lentes o con lentes normales**
- Me las arreglo para leer algunas pero tengo que usar una lupa u otro dispositivo**
- No he leído en (¿cuánto tiempo?)**
- Nunca fui mucho para leer**

Echo de menos leer mucho

Ojalá pudiera ver para leer mejor

¿Necesitas luz adicional para ver bien?

¿Necesita luz reducidos para ver bien?

¿Te describirías como sensible a la luz brillante?

¿Tiendes a usar lentes del sol?

¿Necesitas menos oscuras? ¿o mas oscuras?

¿Es su visión particularmente pobre por la noche?

¿Como fue tu movilidad?

¿Tienes problemas con los bordillos o con los pasos?

¿Usas un bastón? ¿Bastón blanco?

¿Alguna vez has tenido entrenamiento con bastón blanco?

¿Caminas lugares solo?

¿Puedes ver las señales de cruce de calles?

¿Cuándo fue la última vez que manejaste?

¿Cuándo vence su licencia?

¿Manejares lugares solo?

¿ Manejares de noche?

¿Ha tenido una llamada cercana o ha tenido un accidente que se consideró su culpa en los últimos 3 años?

¿Utilizas el transporte público?

¿Ves / escuchas televisión?.

¿Cuál es el tamaño aproximado del televisor que ves con más frecuencia?

¿Qué tan cercas te sientes?

¿Vive solo o con quien?

Vive en centro de retiro o vivienda asistida?

Pasatiempos actuales o recientes / Actividades de ocio:

Porfavor, compruebe a continuación:

NECESITO VER MEJOR PARA SENTIRSE MÁS SEGURO EN ESTAS ÁREA:

- Cocina**
- Acicalamiento/higiene**
- Lavandería**
- Escribir /mail / facturas**
- Compras**
- Conducción**
- Lectura**
- Usando mi teléfono**

Otras cosas: