

# CUESTIONARIO SOBRE OJO SECO **SPEED™**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sex: M F (Circle) DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Responda a las siguientes preguntas marcando la casilla que mejor represente su respuesta. Seleccione solo una respuesta para cada pregunta.

## 1. Señale el tipo de SÍNTOMAS que experimenta y cuándo aparecen:

Síntomas	En esta visita		En las últimas 72 horas		En los últimos 3 meses	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sequedad, aspereza o picazón						
Dolor o irritación						
Ardor o lagrimeo						
Fatiga ocular						

## 2. Señale la FRECUENCIA de sus síntomas utilizando la lista de valoración a continuación:

Síntomas	0	1	2	3
Sequedad, aspereza o picazón				
Dolor o irritación				
Ardor o lagrimeo				
Fatiga ocular				

0 = Nunca    1 = A veces    2 = A menudo    3 = Constantemente

## 3. Señale la GRAVEDAD de sus síntomas utilizando la lista de valoración a continuación:

Síntomas	0	1	2	3	4
Sequedad, aspereza o picazón					
Dolor o irritación					
Ardor o lagrimeo					
Fatiga ocular					

0 = Sin problemas  
 1 = Tolerable: no perfecto, pero no me causa molestia  
 2 = Incómodo: irritante, pero no interfiere con mi vida cotidiana  
 3 = Molesto: irritante e interfiere con mi vida cotidiana  
 4 = Insoportable: no puedo realizar mis tareas cotidianas

4. ¿Utiliza gotas para la lubricación de los ojos?  SÍ  NO Si es así, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_