**CUESTIONARIO DE LA VISIÓN PARA ADULTOS**

***Por favor, rellene este cuestionario cuidadosamente. Renvíelo a nuestra oficina antes de su cita. GRACIAS.***

APELLIDOS:

NOMBRE:

Fecha de nacimiento:

Edad:

**MOTIVO DE LA CONSULTA**: …………………………………………………………………………..

**INFORMACIÓN GENERAL**

Dirección particular:

Código postal:

Población: Provincia:

Teléfono Fijo:

E.Mail:

¿Fue usted referido a nuestra oficina? Sí [ ]  No [ ]

Si es sí, ¿a quién podemos agradecer esta referencia?

Teléfono:

Email:

Dirección:

**HISTORIA MÉDICA GENERAL**

Fecha de la evaluación más reciente:

Especialista:

¿Por qué problema/condición?

Resultados y recomendaciones:

Medicamentos que toma actualmente, incluyendo vitaminas y suplementos:

¿Para qué problema/s?

¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? Sí [ ]  No [ ]

Si es sí, por favor mencione:

¿Estado de salud actual? (explique):

¿Cuenta con algún historial familiar? (Indique la enfermedad)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Diabetes | [ ]  Esclerosis múltiple | [ ]  Ceguera |
| [ ]  Glaucoma | [ ]  Presión arterial alta | [ ]  Estrabismo / ojo cruzado |
| [ ]  Ambliopía / ojo vago | [ ]  Problemas Tiroides | [ ]  Cataratas |
| [ ]  Tumor cerebral | [ ]  Otra (explique)  |

Rogamos nos traigan el día de la visita los informes que pudieran tener de otros profesionales.

**HISTORIA VISUAL**

¿Tuvo usted alguna evaluación previa? Sí [ ]  No [ ]

 Si es sí, ¿dónde? (Hospital, ambulatoria, clínica, óptica …)

Fecha de la última visita:

 Razón para la evaluación:

¿Le fueron recomendados gafas, lentes de contacto, terapia visual u otra ayuda óptica? Sí [ ]  No [ ]

¿Los usa? Sí [ ]  No [ ]  Cuanto tiempo los ha tenido?

Si usa gafas, ¿de qué tipo eran?

[ ]  Sólo para lejos [ ]  Solo para cerca [ ]  Bifocales [ ]  Progresivos

Estimado paciente:

 Esta lista de síntomas de los problemas de la visión en el trabajo o en casa, nos pueden ayudar a comprender el estado de su visión. Marcar con x

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LECTURA ESCRITURA Y OTROS TRABAJOS DE MESA**  | **Ocurre con frecuencia** | **Ocurre algunas veces** | **Nunca ocurre** |
| Usa el Ordenador |  |  |  |
| Le escuecen los ojos o los nota cansados después de cortos periodos de lectura u otros trabajos de cerca |  |  |  |
| Se le nubla la vista cuando lee |  |  |  |
| Tiene dolores de cabeza al leer |  |  |  |
| Las letras o palabras se desvían o se mueven al leer |  |  |  |
| Ve doble cuando lee |  |  |  |
| Se fatiga rápidamente cuando lee |  |  |  |
| La comprensión lectora disminuye con el tiempo |  |  |  |
| A veces se pierde u omite palabras cuando lee |  |  |  |
| Evita leer o hacer otros trabajos de cerca |  |  |  |
| Se salta palabras o líneas, tiene que volver a leer las líneas |  |  |  |
| Sus ojos se sienten cansados después de periodos de tiempo moderado usando el terminal de video |  |  |  |
| Mantiene el material muy lejos cuando lee |  |  |  |
| Mantiene el material muy cerca cuando lee |  |  |  |
| Los ojos parecen cruzarse o desplazarse |  |  |  |
| Los ojos parecen estar llorosos o enrojecidos |  |  |  |
| No le gusta o evita tareas que requieran una atención visual prolongada |  |  |  |
| Se frustra frecuentemente cuando lee |  |  |  |
| Tensión durante tareas de cerca o con la lectura |  |  |  |
| Le molesta la luz |  |  |  |
| Se marea en el coche |  |  |  |
| Pérdida de Memoria |  |  |  |
| Gira o inclina la cabeza al leer |  |  |  |
| Torpe en coordinación General |  |  |  |