**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 |  |  |  |