FAVOR DE MARCAR LAS RESPUESTAS QUE MAS LE APLIQUEN A USTED

OCUPACION:_____/**Si está retirado, ocupación previa:**_____

1. Actualmente yo utilizo:	□ Espejuelos	□Lentes de contacto	□Audifono
2. Mi necesidades primarias de visió son:	□Distancia	□Leyendo	□Intermedia
3. Yo tengo dificultad viendo claramente:	□Con mucha luz	□Manejando de noche	
	□En la noche/Poca luz		
4. Yo utilizo gafas de sol con/sin receta:	□Diariamente	□Algunas veces	□Nunca
5. Estoy interesado en información acerca de:	□Gafas de sol	□ Gafas de portivas	□Gafas de leer
	□Contactos	□ LASIK	□Audifonos
	□Cirugía Cosmética ocular		

6. Yo soy: **Sensitivo a la luz (afuera, manejando, durante tiempo de actividad/deportes)**….Si No

7. Yo paso: **Mi dia en la computadora** 0%…..10%…..25% …..50%…..>50%

8. Yo tengo: **Par(es) de espejuelos que actualmente utilizo**……...……1 2 3 4 5

9. ?Cuáles pasatiempos ó actividades recreacionales usted disfruta? Marque toda las que apliquen.

□Gold	□Tennis	□Barco	□Racquetball	□Pescar	□Cocinar
□Correr	□Esquiar	□Fútbol	□Baseball/Softball	□Baloncesto	□Deportes aquáticos
□Leer	□Internet	□Pintura	□Manualidades	□Jardineria	□Ver television
□Tejer	□Carpinteria	□Coser	□Video juegos		

10. ?Cuáles requisitos de trabajo usted tiene? Marquetodos los que apliquen.

□Trabajo de computadora □Trabajo afuera □Lectura considerable

□Mi trabajo necesita gatas de protección □Trabajo bajomluz fosforecente

□Otro:_____

11. Yo manejo un automobile.	Si	No
12. Yo leo letras pequenas	Si	No
13. Actualmente utilizo bifocales	Si	No
14. Actualmente utilizo lentes progresivos(bifocales sin linea)	Si	No
15. Enstoy interesado en aprender Cómo reducer mi depencia en espejuelos	Si	No
16. Me siento frustrado cuando conozco gente nueva por dificultades al escuchar	Si	No
17. Tengo dificultades escuchando las personas cuando susurran	Si	No
18. Tengo dificultad escuchando cuando visito amigos, familiars ó vecinos	Si	No
19. Tiene usted dificulta escuchando en un salon o en grupo?	Si	No
20. Tengo dificultad escuchando la radio ó television	Si	No
21. Mi audicion limita ó impide mi vida personal ó social	Si	No

Cape Coral EYE CENTER

Cuestionario de Estilo de Vida

Nombre:_____

Sexo: M F Dia de nacimiento: _____

Fecha: _____Edad:_____