



ENTREVISTA COMPLETA DE _____

EL MOTIVO DE SU VISITA? _____

ENFERMEDADES DE OJOS: Ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Ojos Secos |
| <input type="checkbox"/> Degeneración Macular relacionado con la edad | <input type="checkbox"/> Infección, Inflamación o Alergia en ojos |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Flotadores y/o destellos de luz |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Iritis/Uveitis |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabetica | <input type="checkbox"/> Defectos o degeneración de retina |

Escriba enfermedades adicionales por favor: _____

PREOCUPACIONES DE LOS OJOS: Tiene alguna de lo siguiente que le preocupa?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ojos rojos | <input type="checkbox"/> Comezones | <input type="checkbox"/> Secreción ocular |
| <input type="checkbox"/> Ojos ardorosos | <input type="checkbox"/> Ojos Llorosos | |

Escriba preocupaciones adicionales por favor: _____

PREOCUPACIONES POR LA VISIÓN: Tiene alguna de las siguientes preocupaciones por la visión?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visión borrosa | <input type="checkbox"/> Sensibilidad severa a la luz | <input type="checkbox"/> Resplandor molesto de noche |
| <input type="checkbox"/> Fatiga Visual | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Doble visión |
| <input type="checkbox"/> Dolor de ojo | <input type="checkbox"/> Visión reducida de noche | <input type="checkbox"/> Perdida total de visión |

Escriba preocupaciones de visión adicionales por favor: _____

CORRECCIÓN DE LA VISIÓN: Por favor avísenos acerca de sus lentes correctivos.

Que lentes correctivos utiliza principalmente para actividades lejanas/distantes?

- Ninguna corrección Anteojos Lentes de contacto

Describe la calidad de sus actividades de visión lejana/distante

- Aceptable Tal vez necesita mejorar Visión Borrosa

Que lentes correctivos utiliza principalmente para actividades de cerca/leyendo?

- Ninguna corrección Anteojos Lentes de contacto

Describe la calidad de sus actividades de visión de cerca/leyendo

- Aceptable Tal vez necesita mejorar Visión Borrosa

Que lentes correctivos utiliza principalmente para actividades en la computadora?

- Ninguna corrección Anteojos Lentes de contacto

Describe la calidad de sus actividades de visión en la computadora

- Aceptable Tal vez necesita mejorar Visión Borrosa

Por favor escriba preocupaciones adicionales de sus lentes correctivos:

EXIGENCIAS DEBIDO AL USO DE COMPUTADORA: Tiene alguna de las siguientes demandas en su visión debido al uso de computadora?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Utiliza la computadora por tiempo prolongado | <input type="checkbox"/> Uso de computadora portátil |
| <input type="checkbox"/> Demanda ergonómica inusual | <input type="checkbox"/> Uso de multiples monitores de escritorio |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de ver papeleo y computadora simultáneamente | |

Horas de uso de computadora al día : _____

Por favor escriba exigencias por el uso de computadora adicionales: _____

FUNCION DE VISIÓN : Tiene alguno de los siguientes problemas de función en su visión?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Malas habilidades de lectura ò baja función en lectura | <input type="checkbox"/> Lentitud en el cambio de enfoque |
| <input type="checkbox"/> Inconsistente funcionamiento de visión para deportes | <input type="checkbox"/> Dificultades con imágenes 3-D, películas ò la television |

Por favor escriba problemas de funcionamiento adicionales: _____

EXIGENCIAS POR ESTAR AL AIRE LIBRE. Describa exigencias especiales al estar afuera.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conducir de noche extensivamente | <input type="checkbox"/> Lectura mientras al aire libre |
| <input type="checkbox"/> Expuesto directamente al UV del ambiente afuera | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto irritantes estando al aire libre |

Por favor escriba exigencias al aire libre: _____

ANTEOJOS DESEADOS: Desea algo de lo siguiente para sus anteojos?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reemplazar anteojos incomodos, rotos or perdidos | <input type="checkbox"/> Desea lentes delgados y livianos |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de anteojos extra para actividades especiales | <input type="checkbox"/> Reducir vislumbre |
| <input type="checkbox"/> Interes en moda ò marca especifica | |

Por favor escriba deseos adicionales para sus anteojos: _____

PLAN DE ADQUIRIR: Tiene plan de comprar lo siguiente?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anteojos nuevos | <input type="checkbox"/> Anteojos para lectura |
| <input type="checkbox"/> Proteccion solar, recetados | <input type="checkbox"/> Anteojos de protección para deportes |
| <input type="checkbox"/> Proteccion solar, sin receta | <input type="checkbox"/> Suministro (provision) nueva de lentes de contacto |

Por favor escriba necesidades de compra adicionales: _____

INTERESES: Le interesa alguno de lo siguiente?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva adaptación de lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto aprobados para uso prolongado |
| <input type="checkbox"/> Nueva tecnología ò lentes de contacto mas comodos | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto para remodelar la corne |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto con reemplazo diario | <input type="checkbox"/> Terapia para visión |
| <input type="checkbox"/> Lentes de contacto con reemplazo diferente | <input type="checkbox"/> Cirugía ocular utilizando laser (LASIK) |