

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de Cirugía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Ojo:** \_\_\_\_\_

**Motivo del examen de hoy (palabras del paciente)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Qué mejoras específicas en su vida diaria espera obtener con la cirugía?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Snellen VA mejor corregido– Distancia: 20/**  
 Con parpadeo, buena luz y bifocales adecuados. **20/**
**Cerca: Medium BAT if glare symptoms: 20/**  
**20/**

\_\_\_\_\_

<b>Estado funcional visual</b>	Complete todas las líneas (círculo de respuestas)
--------------------------------	---

¿Tiene dificultades para conducir o ver las señales de tráfico? (bordillos, salidas de autopistas, semáforos, halos/deslumbramiento alrededor de las luces)	Sí	No
¿Tiene dificultades para ver televisión o películas? (caras, números o impresión)	Sí	No
¿Tiene dificultades para leer letras pequeñas con buena luz, parpadeo completo y gafas adecuadas? (libros, periódicos, guías telefónicas, etiquetas de medicamentos, instrucciones)	Sí	No
¿Tiene dificultades para realizar trabajos detallados? (coser, tejer, hacer crochet, bordar, cebar un anzuelo u otras tareas finas)	Sí	No
¿Tiene dificultades con las correspondencias personales? (escribir cheques, leer facturas, completar formularios)	Sí	No
¿Tiene dificultades con actividades de ocio como deportes o pasatiempos? (jugar juegos de cartas, bingo, dominó o actividades deportivas como bolos, caza, golf, tenis, otros _____)	Sí	No
¿Tiene dificultades visuales para funcionar en la casa? (cocinar, planchar, mantenimiento general del hogar, subir escaleras o bordillos, marcar el teléfono, decir la hora en un reloj, utilizar el transporte público)	Sí	No
¿Tiene dificultades para reconocer los rostros de las personas? (en la iglesia, supermercado, clubes y otras actividades diarias)	Sí	No
Si vive solo y desea seguir siendo independiente, ¿no puede cuidar de sí mismo con su visión actual?	Sí	No

**¿Tiene alguno de los siguientes Síntomas Visuales?**

¿Visión doble o distorsionada?	Sí	No	¿Dificultad con la percepción de profundidad?	Sí	No
¿Deslumbramientos, halos, anillos alrededor de las luces?	Sí	No	Empeoramiento de la visión: ¿visión borrosa?	Sí	No
¿Dificultad con la percepción del color?	Sí	No			

**Firma del paciente:** X \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

 Ojo Derecho  
 Ojo Izquierdo