



3722B

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE - CATARATAS -

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

¿Tiene alguna dificultad con las siguientes actividades, aun usando lentes?
Por favor, marque una casilla.

1. Leer la letra pequeña en los frascos de medicinas, guías telefónicas, o etiquetas de alimentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad
2. Leer un libro o el periódico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad
3. Ver escalones, gradas, o banquetas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad
4. Leer señales de tránsito, avisos en tiendas o carreteras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad

Iniciales del paciente: _____



Loma Linda University Health Care
Loma Linda University Medical Center

CATARACT PATIENT QUESTIONNAIRE
OPHTHALMOLOGY
Page 1 of 2

PATIENT IDENTIFICATION

CUESTIONARIO PARA EL PACIENTE

5. Manejar por las noches	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad
6. Hacer manualidades como coser, tejer, bordar, o labores de carpintería	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad
7. Escribir cheques, o llenar formularios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad
8. Participar en juegos de mesa como bingo, dominó, naipes, o mahjong (juego chino)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad
9. Mirar la televisión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica
Si es así, ¿qué tan difícil se le hace?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> No puedo hacer esa actividad

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____



Loma Linda University Health Care
Loma Linda University Medical Center

CATARACT PATIENT QUESTIONNAIRE
OPHTHALMOLOGY
Page 2 of 2

PATIENT IDENTIFICATION