

ESTILO DE VIDA CUESTIONARIO DE VISIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Reconocemos que sus ojos son muy importantes para usted. Nos gustaría saber como usted usa sus ojos en base diaria. Junto con su examen de los ojos, esta información ayudara en asistarnos en recomendar la mejor opción para sus ojos y su estilo de vida personal de visión.

- ¿Usa anteojos ahora? No Si
 ¿Si es si, que tan frecuente? Todo el tiempo A Veces
 Solamente para distancia Solamente para leer Solamente para la computadora
- ¿Qué tan importante es para usted ver para leer o usar su computadora sin lentes?
 Muy importante Importante Algo Importante No Importante
- ¿Si fuera posible andar sin anteojos la mayoría del tiempo, le gustaría a usted?
 No Si
- Cuantas horas al día usted: ¿Lee? _____ hrs ¿Usa la computadora? _____ hrs
- ¿Usted maneja por la noche? Socialmente Ocasionalmente Frecuentemente

Marcar las siguientes actividades que hace regularmente:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leer libros | <input type="checkbox"/> Jugar Cartas/Dóminos | <input type="checkbox"/> Manejar de día |
| <input type="checkbox"/> Leer botes de Medicina | <input type="checkbox"/> Pintar/Artista | <input type="checkbox"/> Manejar de noche |
| <input type="checkbox"/> Encaje de aguja/Croché | <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Golf |
| <input type="checkbox"/> Comer en Restaurante | <input type="checkbox"/> Músico | <input type="checkbox"/> Casería/Pescar |
| <input type="checkbox"/> De compras | <input type="checkbox"/> Computadora/Tableta | <input type="checkbox"/> Ciclismo/Caminar |
| <input type="checkbox"/> Fotografía | <input type="checkbox"/> Teléfono Celular | <input type="checkbox"/> Tenis |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Deportes de Masas |