

ESTADO DE REFRACCIÓN Y PERFIL DE LA VISTA
(Spanish version of the Refractive Status and Vision Profile)

1. Centro: _____
2. Número de identificación: _____
3. Nombre del paciente (apellidos, nombre): _____, _____
4. Números de teléfono: _____ (casa) _____ (trabajo)
5. Fecha (*día/mes/año*): _____/_____/_____

ESTADO DE REFRACCIÓN Y PERFIL DE LA VISTA

INFORMACIÓN GENERAL

Información del paciente

1. Edad _____ años

2. Sexo:
 Mujer (1)
 Hombre (2)

Uso de gafas y lentes de contacto (lentillas)

3. Durante las últimas 4 semanas, para ver de lejos, he llevado (*marque sólo una*):

a. Solamente gafas (1)
 b. Principalmente gafas, a veces lentillas (2)
 c. Por igual, gafas y lentillas (3)
 d. Principalmente lentillas, a veces gafas (4)
 e. Solamente lentillas (5)
 f. No procede/ no he llevado gafas o lentillas para ver de lejos en las últimas 4 semanas (6)

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha llevado gafas (o bifocales/progresivas) distintas para ver de cerca?
 (^{sí} 1) (^{no} 2)

5. Si ha llevado lentillas durante las últimas 4 semanas, eran (*puede marcar varias respuestas*):

a. Lentillas rígidas gas permeable (duras) (1)
 b. Lentillas blandas (2)
 c. Lentillas desechables (3)
 d. No he llevado durante las últimas 4 semanas (4)

6. Si ha llevado lentillas durante las últimas 4 semanas, ¿las ha llevado alguna vez durante toda la noche mientras dormía?
 (^{sí} 1) (^{no} 2)

7. Si es así, ¿cuántas noches en total se las ha dejado puestas antes de quitárselas? (*Dé un número exacto*)

Nos interesa su vista durante las últimas 4 semanas.

Para las siguientes tres preguntas, por favor responda escribiendo sólo un número del 0 al 10 (0 significa completamente ciego y 10 significa una vista perfecta):

8. Evalúe su vista con gafas durante las últimas 4 semanas: _____

(no he llevado gafas para nada durante las últimas 4 semanas)

9. Evalúe su vista con lentillas durante las últimas 4 semanas: _____

(no he llevado lentillas para nada durante las últimas 4 semanas)

10. Evalúe su vista **SIN** gafas **NI** lentillas durante las últimas 4 semanas: _____

(siempre he llevado gafas o lentillas durante las últimas 4 semanas)

11. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha estado satisfecho/a con su capacidad para leer y hacer trabajos de cerca (con las gafas o lentillas que usa normalmente para leer, si es que las usa) (*marque sólo una*):

Muy insatisfecho/a (1)

Insatisfecho/a (2)

Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a (3)

Satisfecho/a (4)

Muy satisfecho/a (5)

No procede (no he leído ni he hecho trabajos de cerca para nada durante las últimas 4 semanas) (6)

12. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecho/a con su vista con gafas?
(*marque sólo una*):

- Muy insatisfecho/a (1)
- Insatisfecho/a (2)
- Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a (3)
- Satisfecho/a (4)
- Muy satisfecho/a (5)
- No procede (no he llevado gafas para nada durante las últimas 4 semanas) (6)

13. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecho/a con su vista con lentillas?
(*marque sólo una*):

- Muy insatisfecho/a (1)
- Insatisfecho/a (2)
- Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a (3)
- Satisfecho/a (4)
- Muy satisfecho/a (5)
- No procede (no he llevado lentillas para nada durante las últimas 4 semanas) (6)

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto se ha sentido satisfecho/a con su vista SIN gafas NI lentillas (*marque sólo una*):

- Muy insatisfecho/a (1)
- Insatisfecho/a (2)
- Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a (3)
- Satisfecho/a (4)
- Muy satisfecho/a (5)

15. En general, durante las últimas 4 semanas, diría que su **salud** ha sido (*marque sólo una*):

- Excelente (1)
- Muy buena (2)
- Buena (3)
- Regular (4)
- Mala (5)

16. ¿Hasta qué punto se ha sentido preocupado/a por su **salud** durante las últimas 4 semanas? (*marque sólo una*):

- 0 (nada preocupado/a) (1)
- 1 (2)
- 2 (3)
- 3 (4)
- 4 (5)
- 5 (6)
- 6 (7)
- 7 (8)
- 8 (9)
- 9 (10)
- 10 (muy preocupado/a) (11)

ESTADO DE REFRACCIÓN Y PERFIL DE LA VISTA**CUESTIONARIO****Vista**

*Por favor, responda a las siguientes preguntas según cómo se aplican a su caso **durante las últimas 4 semanas**.*

17. Me ha preocupado mi vista (*marque sólo una*):
- | | |
|-------------|-------|
| Nunca | (1) |
| Pocas veces | (2) |
| A veces | (3) |
| A menudo | (4) |
| Siempre | (5) |
18. Mi vista ha sido una preocupación en mi vida cotidiana (*marque sólo una*):
- | | |
|-------------|-------|
| Nunca | (1) |
| Pocas veces | (2) |
| A veces | (3) |
| A menudo | (4) |
| Siempre | (5) |
19. Mi vista me ha limitado (*marque sólo una*):
- | | |
|-------------|-------|
| Nunca | (1) |
| Pocas veces | (2) |
| A veces | (3) |
| A menudo | (4) |
| Siempre | (5) |
20. Me he sentido frustrado/a con mi vista (*marque sólo una*):
- | | |
|-------------|-------|
| Nunca | (1) |
| Pocas veces | (2) |
| A veces | (3) |
| A menudo | (4) |
| Siempre | (5) |
21. Mi vista me ha hecho menos autosuficiente (*marque sólo una*):
- | | |
|-------------|-------|
| Nunca | (1) |
| Pocas veces | (2) |
| A veces | (3) |
| A menudo | (4) |
| Siempre | (5) |
22. A causa de mi vista, hay cosas que me ha dado miedo hacer (*marque sólo una*):
- | | |
|-------------|-------|
| Nunca | (1) |
| Pocas veces | (2) |
| A veces | (3) |
| A menudo | (4) |
| Siempre | (5) |
23. Podría aceptar no tener una vista perfecta si así ya no necesitara llevar gafas o lentillas (*marque sólo una*):
- | | |
|--|-------|
| Totalmente en desacuerdo | (1) |
| En desacuerdo | (2) |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo | (3) |
| De acuerdo | (4) |
| Totalmente de acuerdo | (5) |
| No necesito llevar gafas o lentillas para tener la mejor vista posible | (6) |
24. Siempre que pudiera ver lo bastante bien como para conducir sin gafas ni lentillas, no me importaría no tener una vista perfecta (*marque sólo una*):
- | | |
|--------------------------------|-------|
| Totalmente en desacuerdo | (1) |
| En desacuerdo | (2) |
| Ni de acuerdo ni en desacuerdo | (3) |
| De acuerdo | (4) |
| Totalmente de acuerdo | (5) |
| No procede/ No conduzco | (6) |

Nos interesa saber si su vista le ha causado alguna dificultad al realizar algunas actividades habituales durante las últimas 4 semanas.

Indique hasta qué punto ha tenido dificultades en cada una de las 3 columnas de respuesta (“con gafas”, “con lentillas” o “sin gafas ni lentillas”) según las siguientes opciones de respuesta. Marque 0 “no procede” si no ha llevado gafas (1ª columna) o no ha llevado lentillas (2ª columna) o siempre ha llevado gafas o lentillas (3ª columna).

- Las opciones de respuesta son:*
- 0 No procede
 - 1 Ninguna dificultad
 - 2 Pocas dificultades
 - 3 Dificultades moderadas
 - 4 Muchas dificultades
 - 5 Tantas dificultades que no he realizado esta actividad con esta modalidad

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto ha tenido dificultades con cada actividad, para cada una de las 3 columnas?

Actividad	Nunca he realizado esta actividad por otras razones (no relacionadas con la vista)	Con gafas (rodee un número con un círculo)	Con lentillas (rodee un número con un círculo)	Sin gafas ni lentillas (rodee un número con un círculo)
25. Ver la televisión o una película	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
26. Jugar o trabajar fuera	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
27. Cuidar o jugar con niños	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
28. Ver la hora en su despertador	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
29. Ver con claridad cuando se despierta	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
30. Ver la hora en un reloj en la pared	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
31. Hacer su trabajo	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
32. Hacer deporte/actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
33. Nadar	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
34. Su vida social	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
35. Leer y hacer trabajos de cerca	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
36. Conducir de noche	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
37. Conducir cuando está lloviendo	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
38. Conducir cuando los faros de los coches que se acercan le deslumbran	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

Nos interesa saber si ha tenido ciertos problemas con sus ojos o su vista durante las últimas 4 semanas.

Indique hasta qué punto ha tenido algún problema en cada una de las 3 columnas de respuesta (“con gafas”, “con lentillas” o “sin gafas ni lentillas”) según las siguientes opciones de respuesta. Marque 0 “no procede” si no ha llevado gafas (1ª columna) o no ha llevado lentillas (2ª columna) o siempre ha llevado gafas o lentillas (3ª columna).

- Las opciones de respuesta son:*
- 0 No procede
 - 1 Ningún problema
 - 2 Pocos problemas
 - 3 Problemas moderados
 - 4 Graves problemas
 - 5 Tantos problemas que tengo que usar una alternativa

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha molestado cada una de las siguientes cosas, para cada una de las 3 columnas?

Problema	Con gafas	Con lentillas	Sin gafas ni lentillas
	(rodee un número con un círculo)	(rodee un número con un círculo)	(rodee un número con un círculo)
39. Ojos irritados	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
40. Corrientes de aire (de la calefacción o el aire acondicionado) en los ojos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
41. Ojos sensibles a la luz	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
42. Dolor en los ojos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
43. Cambios en la vista durante el día	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
44. Vista nublada	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
45. Deslumbramiento (reflejos en superficies brillantes, nieve)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
46. Cosas que parecen distintas según las mire con un ojo o con el otro	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
47. Ver un halo alrededor de las luces	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
48. Ver con poca luz	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
49. Su percepción de la profundidad	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
50. Cosas que parecen deformadas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
51. Calcular las distancias cuando baja o sube escalones (escaleras, bordillos)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

El siguiente grupo de preguntas trata sobre los problemas que ha podido tener durante las últimas 4 semanas con las gafas o lentillas.

Por favor, dé una respuesta para cada problema (puede marcar la opción “no procede”).

- Las opciones de respuesta son:*
- | | |
|---|--|
| 0 | No procede (no he usado este tipo de corrección durante las últimas 4 semanas) |
| 1 | Ningún problema |
| 2 | Pocos problemas |
| 3 | Problemas moderados |
| 4 | Graves problemas |
| 5 | Tantos problemas que no he usado este tipo de corrección durante las últimas 4 semanas |

Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha molestado cada uno de los siguientes problemas?

(rodee un número con un círculo)

- | | |
|---|-------------|
| 52. Gafas que se ensucian o se rayan | 0 1 2 3 4 5 |
| 53. Gafas que se empañan o se mojan | 0 1 2 3 4 5 |
| 54. Lentillas que le saltan/caen de los ojos | 0 1 2 3 4 5 |
| 55. Lentillas que se meten bajo el párpado o se le mueven por el ojo | 0 1 2 3 4 5 |
| 56. La sensación de llevar lentillas en los ojos | 0 1 2 3 4 5 |
| 57. No poder llevar lentillas todo el tiempo que necesita | 0 1 2 3 4 5 |
| 58. Perder una lentilla | 0 1 2 3 4 5 |

FIN DEL CUESTIONARIO

Gracias por su colaboración.

Comentarios o preguntas:
