



Richard S. Kalski, M.D.

Laser Cataract & LASIK Surgery
Board Certified Ophthalmologist

7000 S.W. 97 Avenue
Suite 114
Miami, FL 33173
T: 305.665.2023
F: 305.665.2363

www.kalskivision.com

Nombre _____ Fecha _____

LISTA DE VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE LA VISIÓN

Esta lista de verificación nos ayudará a proveerle el tratamiento más conveniente para sus necesidades visuales si se determina que la cirugía de cataratas es indicada para usted. Es importante que usted comprenda que los pacientes necesitan usar anteojos (espejuelos) para algunas actividades después de la cirugía, pero debido a los más recientes adelantos tecnológicos, ahora podemos ofrecerle la posibilidad de liberarse potencialmente de la necesidad de usar anteojos (espejuelos). Por favor llene este formulario completamente y devuélvanoslo. Si tiene alguna pregunta, por favor déjeme saber y nos placera ayudarlo.

1. ¿Cuál es su ocupación? _____
2. Enumere por favor sus manías preferidas, divertirse y/o actividades recreacionales:

3. ¿Le interesa ver bien de lejos sin anteojos (espejuelos) después de la cirugía?
____ Prefiero no usar anteojos (espejuelos) para ver de lejos.
____ No es importante para mí. No me importaría tener que usar anteojos (espejuelos) para ver de lejos.
4. ¿Le interesa ver bien de cerca sin anteojos (espejuelos) después de la cirugía?
____ Prefiero no usar anteojos (espejuelos) para leer.
____ No es importante para mí. No me importaría tener que usar anteojos (espejuelos) para leer.
5. ¿Cuan importante sería para usted no tener que usar anteojos (espejuelos) para sus actividades diarias?
____ Muy importante ____ Moderadamente importante ____ No es importante
6. ¿Si tuviese que usar anteojos (espejuelos) después de su tratamiento de visión para una de las siguientes actividades, para cual de ellas estaría usted más dispuesto a usarlos?
 Para leer letra pequeña
 Para usar una computadora o para cocinar
 Para conducir un auto

7. ¿Si pudiese tener una buena visión para conducir durante el día sin usar anteojos (espejuelos), y una buena visión de cerca sin usar anteojos (espejuelos) en la mayoría de las situaciones, estaría dispuesto a tolerar ver algunos halos y algún resplandor de noche alrededor de las luces?

- Sí
- No

8. ¿Cuáles de las actividades siguientes usted estaría interesado en ver bien sin lentes (espejuelos)?

- Leer el periódico
- Leer la botella de la medicina de la prescripción
- Mirar a su reloj
- Trabajar en su computadora
- (Mujeres) Maquillarse
- (Hombres) Afeitando su cara
- Conducir
- Ver la TV

9. Por favor coloque una "X" en la siguiente escala en el lugar que describe su personalidad lo mejor posible:

Relajado (tolerante) Perfeccionista

10. Por favor indique cualquier inquietud que usted tenga con respecto a la calidad de su visión y como esta afecta su estilo de vida:

11. ¿Le interesa obtener información sobre opciones de financiamiento?

- Sí
- No

Firma

Fecha