



CUESTIONARIO PREOPERATORIO DE NECESIDAD MÉDICA PARA LA CIRUGÍA DE CATARATAS

Fecha	Expediente #
Nombre del paciente	
La razón del examen de hoy (en las propias palabras del paciente)	
¿Cuáles son las mejoras específicas que usted espera lograr en su vida cotidiana con esta cirugía?	
Mejor Snellen AV corregida– Distancia 20/ 20/	Cerca Síntomas de resplandor: 20/ 20/
<i>Con parpadéo, buena luz y bifocales correctos</i>	

FUNCIONAMIENTO VISUAL

¿Tiene usted **dificultad**, aún con gafas (espejuelos), con las siguientes actividades?

SÍ NO

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Leyendo la letra pequeña, letras pequeñas así como las etiquetas en los frascos de medicina, las guías telefónicas, o etiquetas en los envases de alimentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Leyendo un periódico o un libro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Leyendo un libro de letra grande, o un periódico de letra grande, o números grandes en un teléfono? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Reconociendo a la gente cuando están cerca de usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Viendo escalones, escaleras o los bordes de las aceras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Leyendo las señales de tránsito, las señales de las calles, o los letreros de las tiendas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Haciendo trabajos manuales detallados como coser, tejer, hacer crochet (ganchillo) o carpintería? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Escribiendo cheques o llenando planillas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Jugando juegos tales como el bingo, los dominós, o juegos de cartas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Participando en deportes, como jugar a los bolos, balonmano (handball), tenis, o golf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Cocinando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Viendo televisión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Puede cuidarse con su visión actual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Vive sólo y desea permanecer independiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SÍNTOMAS

Ha tenido alguna molestia con:

	SÍ	NO
1. ¿Una visión nocturna disminuida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ver aros o halos alrededor de las luces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Resplandor causado por los faros de autos o la luz brillante directa del sol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Visión nebulosa o borrosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Poder ver bien en luz baja o tenue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Dificultad en distinguir los colores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Visión doble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Visión distorsionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Dificultad con la percepción de la profundidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDUCIR

- ¿Alguna vez ha conducido un auto? SÍ (continúe) NO (pare aquí)
- ¿Actualmente conduce un auto? SI (continúe) NO (pare aquí)
- ¿Cuanta dificultad tiene al conducir de día debido a su visión?
 Ninguna dificultad Una cantidad moderada de dificultad
 Poca dificultad Mucha dificultad
- ¿Cuanta dificultad tiene al conducir de noche debido a su visión?
 Ninguna dificultad Una cantidad moderada de dificultad
 Poca dificultad Mucha dificultad
- ¿Cuándo dejó de conducir?
 Hace menos de 6 meses Hace 6-12 meses Hace más de 1 año

La cirugía de cataratas casi siempre puede posponerse sin problema hasta que usted sienta que necesita una mejor visión. ¿Si el usar unos anteojos (espejuelos) más fuertes no mejorará más su vista, y si la única forma de ayudarlo a ver mejor es la cirugía de cataratas, siente usted que su problema de visión es suficientemente grave para considerar una cirugía de cataratas ahora?

SÍ **NO**

Firma del paciente _____

Fecha _____