

CUESTIONARIO SOBRE LENTES DE CONTACTO

Por favor conteste este cuestionario para ayudarnos a que usted tenga la mejor lente de contacto según sus necesidades.

Nombre:

1. ¿Cuál es el motivo de esta cita? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
pobre excelente
2. Por favor mencione si ha tenido alguna incidencia médica o esta tomando algún medicamento diferente desde la última visita a este centro.
3. ¿Cuál es su ocupación?
4. ¿Lleva usted las lentes de contacto para trabajar?
5. ¿Realiza usted alguna actividad/hobbie durante el cual no puede llevar lentes de contacto? Si responde sí, ¿ A qué actividad se refiere ?
6. Valore la satisfacción durante el uso de sus lentes de contacto actuales
7. ¿Puede usted llevar sus lentes de contacto todo lo cómodo que a usted le gustaría?
8. ¿Hay alguna situación en la que note irritación ocular? (ej: calefacción central, aire acondicionado, uso del ordenador?)
9. ¿Sus ojos están rojos o siente picor durante el uso de sus lentes de contacto?
10. ¿Ha pensado usted en cambiar el tipo de lente de contacto?
11. Comentarios

