



**ABDEL ELBASH, MD**  
Comprehensive Ophthalmology

**ENCUESTA MEDICA PARA CIRUGIA DE CATARATA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Ojo: Derecho Izquierdo

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Medico Cirujano: Abdel Elbash, MD

**Incluso con lentes**, Tengo dificultad al realizar las siguientes actividades:

- 1. Leyendo letra pequeña, como indicaciones en medicinas, Libros o telefonos Si No
- 2. Leyendo el periodico Si No
- 3. Leyendo letra grande en libros, periodicos , o numeros grandes en el telefono Si No
- 4. Reconociendo personas que están cerca de mi Si No
- 5. Visualizando gradas, escaleras o curvas Si No
- 6. Viendo señales de tránsito, u otras señales Si No
- 7. Haciendo trabajos como cocer, tejer or crochet Si No
- 8. Escribiendo cheques o llenando fichas Si No
- 9. Jugando juegos como bingo, domino o cartas Si No
- 10. Viendo television Si No

Tengo dificultad en lo siguiente:

- 1. Mala vision de noche Si No
- 2. Veo aros de luz en la noche Si No
- 3. Destellos de luz causados por el reflejo de los autos o por la luz del sol Si No
- 4. Brumosa/o vision borrosa Si No
- 5. Vision doble Si No

**BEST CORRECTED VISUAL ACUITY:** \_\_\_\_\_

**GLARE TESTING VISUAL ACUITY:** \_\_\_\_\_

Risks, benefits and alternatives were discussed at length. All questions were answered. The patient would like to proceed with cataract extraction with intraocular lens placement.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_