

EYE CENTERS OF FLORIDA VISUAL FUNCTION FORM

Patient Name _____ Acct # _____

Do you wear _____ Glasses _____ Contacts

Do you have difficulty doing any of the following activities because of problems with your vision? Please circle the answer that best describes how much difficulty you have doing them, even with glasses or contacts. If no difficulty skip the activity:

Difficulty level- please circle one:

- | | | |
|--|------------------|------------|
| 1. Reading small print (ex. Medication labels) | some to moderate | great deal |
| 2. Reading a newspaper or book | some to moderate | great deal |
| 3. Seeing steps, stairs or curbs | some to moderate | great deal |
| 4. Reading traffic/street signs | some to moderate | great deal |
| 5. Doing fine handwork (knitting, carpentry) | some to moderate | great deal |
| 6. Playing games (Bingo, cards) | some to moderate | great deal |
| 7. Participating in sports, especially golf | some to moderate | great deal |
| 8. Watching television, reading streamers | some to moderate | great deal |
| 9. Driving at night | some to moderate | great deal |
| 10. Do you have problems with: __ Glare __ Floaters | some to moderate | great deal |
| __ Double Vision __ Sensitivity to light | some to moderate | great deal |
| 11. Itching and burning eyes | some to moderate | great deal |
| 12. Hay fever, sinus trouble? | some to moderate | great deal |
| 13. Seasonal allergies? | some to moderate | great deal |
| 14. Sensitivity to pet dander (dog, cat) | some to moderate | great deal |

Please write down any other problems you are experiencing: _____

Patient's Signature _____ **Date** _____

EYE CENTERS OF FLORIDA VISUAL FUNCTION FORM

Patient Name _____ Acct # _____

Usa ____ Gafas? ____ Lentes de contacto?

Tiene dificultad para realizar cualquiera de las siguientes actividades debido a problemas con su visión? Por favor circule el nivel de dificultad que tiene, **aun con gafas o lentes de contactos**. Si la respuesta es no, salte esa actividad y siga a la siguiente:

Nivel de dificultad - por favor circule:

- | | | |
|--|-----------------|-------|
| 1. Leer letra pequeña (medicamentos) | poco a moderado | mucho |
| 2. Leer letra normal (periodico, libro, revistas) | poco a moderado | mucho |
| 3. Al ver escalones, escaleras o bordillos | poco a moderado | mucho |
| 4. Lectura de tráfico y nombres de calles | poco a moderado | mucho |
| 5. Haciendo trabajo hecho a mano fino
(tejer, carpinteria, cocer) | poco a moderado | mucho |
| 6. Jugar juegos de mesa (Bingo, cartas) | poco a moderado | mucho |
| 7. Participar en deportes especialmente golf | poco a moderado | mucho |
| 8. Ver la televisión, leer un poco de serpentinias | poco a moderado | mucho |
| 9. Dificultad conduciendo en la noche | poco a moderado | mucho |
| 10. Tiene problemas con: __ Luz fuerte __ Flotantes | poco a moderado | mucho |
| __ Vision Doble __ Sensibilidad a la luz | poco a moderado | mucho |
| 11. Comezón y ardor en los ojos | poco a moderado | mucho |
| 12. Le fiebre del heno, sinusitis? | poco a moderado | mucho |
| 13. Las alergias estacionales? | poco a moderado | mucho |
| 14. La sensibilidad a la caspa de animales
(perro, gato) | poco a moderado | mucho |

Por favor escriba si tiene otros problemas: _____

Firma del paciente _____ Fecha _____