

Patient Questionnaire Breakdown

1 Week post-op questionnaire

Question	Answer options
Indique su grado de satisfacción con el cirujano que le practicó la intervención quirúrgica ocular	0-10 scale (Insatisfecho > Muy satisfecho)
Indique su grado de satisfacción con el hospital donde se le practicó la intervención quirúrgica ocular	0-10 scale (Insatisfecho > Muy satisfecho)

1 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
En el último mes, ¿ha sentido que su ojo malo está afectando o interfiriendo con su visión en general?	a.No, nunca
	b.Sí, algunas veces
	c.Sí, la mayor parte del tiempo
	d.Sí, todo el tiempo
En el último mes, ¿cuánto ha interferido su vista con su vida en general?	a.En absoluto
	b.Casi nada
	c.Un poco
	d.Bastante
	e.Mucho
	f.Una cantidad extremadamente grande

<p>¿Cómo describiría su visión en general durante el último mes, con ambos ojos abiertos, usando gafas o lentes de contactos si las utiliza normalmente?</p>	a.Excelente
	b.Muy buena
	c.Bastante buena
	d.Promedio
	e.Bastante mala
	f.Muy mala
	g.Pésima
<p>En el último mes, ¿con qué frecuencia su vista le ha impedido hacer cosas que le gustaría hacer?</p>	a.Nunca
	b.Alguna vez
	c.La mayor parte del tiempo
	d.Todo el tiempo
<p>En el último mes, ¿ha tenido dificultades para leer libros con letras de tamaño normal o periódicos debido a problemas relacionados con su vista?</p>	a.No, ninguna dificultad
	b.Sí, muy poca dificultad
	c.Sí, alguna dificultad
	d.Sí, mucha dificultad
	e.No puedo leer debido a mi vista
	f.No puedo leer debido a otros motivos
<p>Por favor, díganos quién contestó realmente a las preguntas y quién las escribió.</p>	a.Di todas las respuestas y las escribí yo mismo
	b.Di todas las respuestas y alguien las escribió mientras hablaba
	c.Un amigo o familiar dio algunas respuestas en mi nombre

3 Month post-op questionnaire

Question	Answer options
Indique su grado de satisfacción con el resultado de la intervención quirúrgica ocular	0-10 scale (Insatisfecho > Muy satisfecho)
¿Con qué frecuencia lleva gafas para actividades que requieren visión a larga distancia (por ejemplo, conducir o ver la televisión)?	0-10 scale (Siempre > Nunca)
¿Con qué frecuencia lleva gafas para actividades que requieren visión a media distancia (por ejemplo, utilizar un ordenador o cocinar)?	0-10 scale (Siempre > Nunca)
¿Con qué frecuencia lleva gafas para actividades que requieren visión a corta distancia (por ejemplo, leer o utilizar un teléfono móvil)?	0-10 scale (Siempre > Nunca)
¿Coinciden los resultados visuales que ha obtenido con los analizados y acordados con el cirujano?	Sí / No / No estoy seguro
¿Sufre alguna alteración relacionada con su visión durante el día?	0-10 scale (Alteraciones frecuentes y molestas > Nunca)
¿Sufre alguna alteración relacionada con su visión por la tarde/noche?	0-10 scale (Alteraciones frecuentes y molestas > Nunca)

1 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Indique su grado de satisfacción con el resultado de la intervención quirúrgica ocular	0-10 scale (Insatisfecho > Muy satisfecho)
¿Sufre alguna alteración relacionada con su visión durante el día?	0-10 scale (Alteraciones frecuentes y molestas > Nunca)
¿Sufre alguna alteración relacionada con su visión por la tarde/noche?	0-10 scale (Alteraciones frecuentes y molestas > Nunca)

Durante los últimos 12 meses, se ha sometido a algún tratamiento con láser en la córnea (por ejemplo, LASIK o PRK)?	Sí / No
Durante los últimos 12 meses, se ha sometido a algún tratamiento con láser en el interior del ojo (por ejemplo, capsulotomía Nd:YAG)?	Sí / No
Durante los últimos 12 meses, se han implantado algunas lentes intraoculares (LIO) suplementarias en el interior del ojo?	Sí / No

2 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Durante los últimos 12 meses, se ha sometido a algún tratamiento con láser en la córnea (por ejemplo, LASIK o PRK)?	Sí / No
Durante los últimos 12 meses, se ha sometido a algún tratamiento con láser en el interior del ojo (por ejemplo, capsulotomía Nd:YAG)?	Sí / No
Durante los últimos 12 meses, se han implantado algunas lentes intraoculares (LIO) suplementarias en el interior del ojo?	Sí / No

3 Year post-op questionnaire

Question	Answer options
Durante los últimos 12 meses, se ha sometido a algún tratamiento con láser en la córnea (por ejemplo, LASIK o PRK)?	Sí / No
Durante los últimos 12 meses, se ha sometido a algún tratamiento con láser en el interior del ojo (por ejemplo, capsulotomía Nd:YAG)?	Sí / No
Durante los últimos 12 meses, se han implantado algunas lentes intraoculares (LIO) suplementarias en el interior del ojo?	Sí / No