

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)

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)
¿Con qué frecuencia lleva gafas por motivos médicos (por ejemplo, astigmatismo)?	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

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