

OPHTHALMOLOGY QUESTIONNAIRE • CUESTONARIO OFTHALMOLOGICO

• Name / Nombre _____ Date: _____

• Which Diabetes Doctor do you see here? / Cual es su medico de diabetes aqui? _____

• How old are you? / Cual es su edad? _____

• How long have you had diabetes? / Hace cuanto tiempo tiene usted diabetes? _____

• What medicines are you taking? / Que medicamentos esta tomando?

For diabetes: / Para la diabetes:

Other medicines: / Otros medicamentos?

• Are you using an Insulin Pump? / Esta usted usando una bombona de insulina? _____

• Where and when was your last eye exam? / Donde y cuando fue su ultimo examen de la vista?

• Have you ever been told that you had eye problems (besides glasses?) / Le han dicho a usted alguna vez que tiene algun problema con sus ojos aparte de que necesita lentes? _____

• If so, what problems? / Si respondio si cual es problema? _____

• Have you ever had eye surgery or laser treatments? / Ha tenido usted cirugia o tratamiento con rayos laser en su ojos? _____

• Does anyone in your family have glaucoma, or other eye diseases? / Hay alguien en su familia que haya tenido glaucoma u otro tipo de enfermedad en la vista? _____

• If so, which relatives, & what diseases? / Si respondio si, quien en la familia y cual enfermedad?

A COMPLETE EYE EXAM TO CHECK FOR DIABETIC EYE DISEASE REQUIRES DILATION OF THE PUPILS WITH EYEDROPS. THESE DROPS TAKE 20 – 30 MINUTES TO WORK, AND WILL MAKE YOUR VISION BLURRY UP CLOSE AND SENSITIVE TO LIGHT FOR ABOUT 5 HOURS. WE CAN GIVE YOU SUNGLASSES FOR WHEN YOU LEAVE, IF YOU NEED THEM.

UN EXAMEN COMPLETO DE LA VISTA, INCLUYE DILATAR SUS PUPILAS CON UNAS GOTAS, PARA COMPROBAR SI LA DIABETES LE HA AFECTADO LOS OJOS ESTAS GOTAS TARDAN DE 20 A 30 MINUTOS PARA FUNCIONAR. SU VISION ESTARA UN POCO BORROSA Y SENSIBLE A LA LUZ POR ALREDEDOR DE 5 HORAS. LE PODEMOS DAR LENTES DE SOL PARA QUE LOS USE CUANDO USTED TERMINE DE EXAMINARSE, SI LOS NECESITA.