



Formulario de Calidad de Vida

Nombre _____

Llenado por _____

Fecha _____

405 S 30th Laramie, Wy 82070 307-742-2020 o 800-480-2023 o Fax: 307-742-8917

Favor de considerar cada pregunta y escoge el número que mayor se aplica.

Nunca=0 Rara Vez=1 A Veces=2 Muchas Veces=3 Siempre=4

	La vista borrosa		cerca	
			lejos	
	La vista doble		cerca	
			lejos	
	Dolores de cabeza con tareas cercas			
	Las palabras se unen cuando lee			
	Le arden, le escosen, o le pican los ojos			
	Se duerme durante la lectura			
	La vista está peor al fin del día			
	Sobresalta/Repite líneas cuando lee			
	Mareos/náuseas con tareas cercas			
	Inclina a un lado de cabeza/cierre un ojo cuando lee			
	Dificultad de copiar de la pizarra			
	Evita tareas cercas/la lectura			
	Omite palabras pequeñas cuando lee			
	Inversiones		cuando lee	
			cuando escribe	
	Desalinea dígitos/columnas de números			
	Comprensión de lectura reducido			
	Dificultad de deletrear			
	Mal/inconsistente en los deportes			
	Coge demasiado cerca la lectura			
	Dificultad de mantener se atención en la lectura			
	Dificultad de completar las tareas en un buen tiempo			
	Dice "No Puedo" antes de intentar algo			
	Evite los deportes/los juegos			
	Mala coordinación de los ojos con las manos (mala letra)			
	No juzga con precisión la distancia			
	Movimientos torpes, se le tiran las cosas			
	Dificultad de gestionar su tiempo			
	Dificultad con conceptos de \$/cambio			
	Se le pierde los papeles, pertenencias			
	Mareos de movimiento/en el coche			
	Mala memoria, olvidadizo			