

ANEXO:

**CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA: CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN DE
DESENLACES EN QUERATOCONO (KERATOCONUS OUTCOMES RESEARCH
QUESTIONNAIRE - KORQ)**

HABILIDAD VISUAL

Por favor seleccione la categoría que indica qué tanto considera que su visión le afecta su habilidad para realizar las actividades mencionadas.

1. ¿Qué tanto interfiere su visión con el uso de las pantallas de ordenador (computador)?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

2. ¿Qué tanto interfiere su visión con la conducción durante el día?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

3. ¿Qué tanto interfiere su visión con la conducción durante la noche?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

4. ¿Qué tanto interfiere su visión con la lectura de los avisos en la calle?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

5. ¿Qué tanto interfiere su visión con el ver televisión?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

6. ¿Qué tanto interfiere su visión con el subir o bajar escaleras?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

7. ¿Qué tanto interfiere su visión con evitar los objetos que están en su camino?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

8. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad para realizar su trabajo?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

9. ¿Qué tanto interfiere su visión con la capacidad para ver objetos lejanos?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

10. ¿Qué tanto interfieren las luces que se acercan con su habilidad para ver, y para realizar sus labores?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

11. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad de hacer tareas finas a distancia cercana?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

12. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad para realizar sus pasatiempos?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

13. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad para reconocer rostros?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

14. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad para ver en condiciones de poca luz?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

15. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad para realizar las actividades del hogar (por limpiar, planchar, lavar, ducharse)?

| | | | | |
|--|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
| 16. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad para percibir la profundidad? | | | | |
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
| 17. ¿Qué tanto interfiere su visión con su capacidad para ver objetos pequeños a la distancia (por ejemplo pelotas de golf, dardos)? | | | | |
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
| 18. ¿Qué tanto interfiere su visión en su capacidad para realizar tareas que requieren buena visión (por ejemplo tomar fotografías, usar un microscopio o binoculares)? | | | | |
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |

SÍNTOMAS

1. ¿Qué tanto le molesta su visión distorsionada?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

2. ¿Qué tanto le molesta el deslumbramiento o el tener que usar anteojos de sol todo el tiempo?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

3. ¿Qué tanto interfiere un día soleado e iluminado con su capacidad para ver y para realizar sus tareas?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

4. ¿Qué tanto le molesta el tener que usar lentes de contacto semi-rígidos o rígidos?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

5. ¿Qué tanto le molesta el tener dolores de cabeza cuando usa sus anteojos o lentes de contacto?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

6. ¿Qué tanto le molesta tener ojos secos?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

7. Con respecto a sus ojos y su visión: ¿Qué tanto le molestan los días con mucho viento?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

8. Con respecto a sus ojos y su visión: ¿Qué tanto le molestan cuando está cansado?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

9. Con respecto a sus ojos y su visión: ¿Qué tanto le molestan los días secos?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

10. Con respecto a sus ojos y su visión: ¿Qué tanto le molestan los días con mucho polvo?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|

11. Con respecto a sus ojos y su visión: ¿Qué tanto le molestan los ambientes con humo?

| | | | | |
|-----------|------|---------|----------|-------|
| No aplica | Nada | Un poco | Bastante | Mucho |
|-----------|------|---------|----------|-------|