

## SECTION A: VISUAL FUNCTIONING

ENTER SECTION START TIME: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ AM or PM

Primero, me gustaría leerle unas declaraciones sobre su vista o sobre los sentimientos que tiene de su vista.

Si usa lentes o lentes de contacto, por favor responda a todas las preguntas como si los llevara puestos, con uno o los dos ojos abiertos, como vea mejor.

- A1. Actualmente, diría usted que su vista (usando lentes o lentes de contacto, si es que usted los usa) es excelente, buena, regular, mala, muy mala, o está completamente ciego/a?

[INTERVIEWER: IF RESPONDENT HAS VISION IN ONE EYE, RESPONDENT SHOULD ANSWER FOR OVERALL EYESIGHT IN BEST SITUATION]

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- \_\_\_\_\_ Excelente
- \_\_\_\_\_ Buena
- \_\_\_\_\_ Regular
- \_\_\_\_\_ Mala
- \_\_\_\_\_ Muy Mala
- \_\_\_\_\_ Completa ceguera

- A2. ¿Qué tan seguido se preocupa acerca de su vista? Diría usted que:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- \_\_\_\_\_ Nunca
- \_\_\_\_\_ Una pequeña parte del tiempo
- \_\_\_\_\_ Parte del tiempo
- \_\_\_\_\_ La mayor parte del tiempo
- \_\_\_\_\_ Todo el tiempo

A3. ¿Cuánto dolor o malestar diría usted que ha sentido en los ojos o alrededor de los ojos (por ejemplo, ardor, picazón, o dolor)? Diría usted que:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- \_\_\_\_\_ Nada
- \_\_\_\_\_ Un poco
- \_\_\_\_\_ Moderado
- \_\_\_\_\_ Severo, o
- \_\_\_\_\_ Muy severo?

#### DIFICULTAD CON ACTIVIDADES

Las siguientes preguntas son acerca de cuanta dificultad tiene, si acaso tiene alguna, para hacer ciertas actividades. Si usa lentes o lentes de contacto, por favor responda a las preguntas como si los llevara puestos.

A4. ¿Cuánta dificultad tiene usted para leer la letra regular de los periódicos? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- \_\_\_\_\_ Ninguna dificultad
- \_\_\_\_\_ Un poco de dificultad
- \_\_\_\_\_ Moderada dificultad
- \_\_\_\_\_ Extrema dificultad
- \_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo a causa de su vista
- \_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

- A5. ¿Cuánta dificultad tiene para hacer trabajos o pasatiempos/hobbies que requieren que usted vea bien de cerca, como cocinar, coser, arreglar cosas en la casa, o usar herramientas? Diría usted que:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- \_\_\_\_\_ Ninguna dificultad  
\_\_\_\_\_ Un poco de dificultad  
\_\_\_\_\_ Moderada dificultad  
\_\_\_\_\_ Extrema dificultad  
\_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo a causa de su vista  
\_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

- A6. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para encontrar algo que está en un estante/repisa lleno/a de cosas? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- \_\_\_\_\_ Ninguna dificultad  
\_\_\_\_\_ Un poco de dificultad  
\_\_\_\_\_ Moderada dificultad  
\_\_\_\_\_ Extrema dificultad  
\_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo a causa de su vista  
\_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

- A7. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para leer los nombres de las calles o los nombres de las tiendas? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- \_\_\_\_\_ Ninguna dificultad  
\_\_\_\_\_ Un poco de dificultad  
\_\_\_\_\_ Moderada dificultad  
\_\_\_\_\_ Extrema dificultad  
\_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo a causa de su vista  
\_\_\_\_\_ Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

- A8. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para bajar escalones, escaleras, o el borde de la acera/banqueta cuando hay poca luz o es de noche? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Moderada dificultad
- Extrema dificultad
- Dejó de hacerlo a causa de su vista
- Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

- A9. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para notar objetos a los lados cuándo va caminando? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Moderada dificultad
- Extrema dificultad
- Dejó de hacerlo a causa de su vista
- Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

A10. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para ver cómo reacciona la gente cuando usted dice algo? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Moderada dificultad
- Extrema dificultad
- Dejó de hacerlo a causa de su vista
- Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

A11. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para escoger y coordinar su propia ropa? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Moderada dificultad
- Extrema dificultad
- Dejó de hacerlo a causa de su vista
- Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

A12. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para visitar a la gente en su casa, en fiestas o en restaurantes? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Moderada dificultad
- Extrema dificultad
- Dejó de hacerlo a causa de su vista
- Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

A13. A causa de su vista, ¿cuánta dificultad tiene usted para salir al cine, al teatro, o a ver eventos deportivos? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Moderada dificultad
- Extrema dificultad
- Dejó de hacerlo a causa de su vista
- Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

A14. Ahora me gustaría hablarle sobre manejar un coche/carro. ¿Maneja usted un coche/carro en la actualidad, al menos de vez en cuando?

(Check One)

\_\_\_\_\_ SI => **SKIP TO Q.A14C, THIS PAGE**

\_\_\_\_\_ NO

A14a. ¿Es porque nunca ha manejado un coche/carro, o porque ha dejado de hacerlo?

(Check One)

\_\_\_\_\_ NEVER DROVE => **SKIP TO Q.A15, NEXT PAGE**

\_\_\_\_\_ GAVE UP

A14b. IF GAVE UP DRIVING: Dejó de manejar principalmente a causa de su vista, principalmente por otras razones, o por su vista y otras razones?

(Check One)

\_\_\_\_\_ MAINLY EYESIGHT

\_\_\_\_\_ MAINLY OTHER REASONS

\_\_\_\_\_ BOTH EYESIGHT AND OTHER REASONS

**INTERVIEWER: SKIP TO Q.A15, NEXT PAGE**

A14c. IF CURRENTLY DRIVING: ¿Cuánta dificultad tiene usted para manejar durante el día por lugares conocidos? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

\_\_\_\_\_ Ninguna dificultad

\_\_\_\_\_ Un poco de dificultad

\_\_\_\_\_ Moderada dificultad

\_\_\_\_\_ Extrema dificultad

A14d. ¿Cuánta dificultad tiene usted para manejar de noche? Diría usted que tiene:

(READ CATEGORIES AS NEEDED)

(Check One)

- Ninguna dificultad
- Un poco de dificultad
- Moderada dificultad
- Extrema dificultad
- Dejó de hacerlo a causa de su vista
- Dejó de hacerlo por otras razones o no está interesado en hacer esto

### RESPUESTAS A PROBLEMAS DE LA VISTA

Las siguientes preguntas son acerca de como podrían estar afectadas por su vista, las cosas que hace. Para cada una, me gustaría que me dijera si ésto es cierto todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, parte del tiempo, una pequeña parte del tiempo, o nunca.

A15. ¿Qué tan seguido ha realizado usted menos trabajo del que le hubiera gustado hacer a causa de su vista?

(Check One)

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Una pequeña parte del tiempo
- Nunca

A16. ¿Qué tan seguido está limitado/a en cuanto tiempo puede trabajar o hacer otras cosas por su vista?

(Check One)

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Una pequeña parte del tiempo
- Nunca

A17. ¿Qué tan seguido no puede hacer lo que quisiera a causa del dolor o malestar en los ojos o alrededor de los ojos, por ejemplo ardor, picazón, o dolor? Diría usted que...

(Check One)

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Una pequeña parte del tiempo
- Nunca

Para cada una de las siguientes declaraciones por favor dígame si es definitivamente cierta, mayormente cierta, mayormente falsa, definitivamente falsa o no está seguro/a.

A18. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo a causa de mi vista. Diría usted que es:

(Check One)

- Definitivamente cierta
- Mayormente cierta
- No está seguro/a
- Mayormente falsa
- Definitivamente falsa

A19. Me siento frustrado/a gran parte del tiempo a causa de mi vista. Diría usted que es:

(Check One)

- Definitivamente cierta
- Mayormente cierta
- No está seguro/a
- Mayormente falsa
- Definitivamente falsa

A20. Tengo mucho menos control sobre lo que hago a causa de mi vista. Diría usted que es:

(Check One)

- Definitivamente cierta
- Mayormente cierta
- No está seguro/a
- Mayormente falsa
- Definitivamente falsa

A21. A causa de mi vista, tengo que depender demasiado en lo que otra gente me dice. Diría usted que es:

(Check One)

- Definitivamente cierta
- Mayormente cierta
- No está seguro/a
- Mayormente falsa
- Definitivamente falsa

A22. Necesito mucha ayuda de otras personas a causa de mi vista. Diría usted que es:

(Check One)

- Definitivamente cierta
- Mayormente cierta
- No está seguro/a
- Mayormente falsa
- Definitivamente falsa

A23. Me preocupa que voy a hacer cosas que me van a causar vergüenza a mi mismo/a o a otros a causa de mi vista. Diría usted que es:

(Check One)

- Definitivamente cierta
- Mayormente cierta
- No está seguro/a
- Mayormente falsa
- Definitivamente falsa

ENTER SECTION END TIME: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (CIRCLE) AM or PM