

AGUDEZA VISUAL Y PRESENCIA DE CATARATAS

IDENTIFICACIÓN	
1. SEGMENTO No.	_ _ _ _
2. VIVIENDA No.	_ _
3. HOGAR	_
DIRECCION _____	
4. ÁREA DE MUESTREO	_ _ _

DETALLE DE LAS VISITAS				*CÓDIGOS DE RESULTADO	
	1a.	2a.	3a.	VISITA FINAL	
FECHA				FECHA	_ _ _ _
				DIA	MES
OPTOMETRA					AÑO
RESULTADO*				CÓDIGO DEL OPTÓMETRA	_
HORA DE INICIO				RESULTADO*	_
HORA TERMINACIÓN				NÚMERO VISITAS	_

No. de Orden en Cuestionario de Hogar	_ _	_ _	_ _	_ _
Edad	_ _	_ _	_ _	_ _

VALORACIÓN CLÍNICA					
101	Tiene lentes? (Todas las personas)	SI 1 → 102 NO 2 → 103	SI 1 → 102 NO 2 → 103	SI 1 → 102 NO 2 → 103	
102	Uso de corrección óptica	LOS USA..... 1 TUVO Y SE ROMPIERON..... 2 NO LOS USA..... 3	LOS USA..... 1 TUVO Y SE ROMPIERON..... 2 NO LOS USA..... 3	LOS USA..... 1 TUVO Y SE ROMPIERON..... 2 NO LOS USA..... 3	
103	Agudeza Visual (Todas las personas)	NPL Entre 20/1000 a PL 20/800 20/400 20/200 20/100 20/70 20/50 20/30 20/20 20/15 20/10	OD OI _ _ _ _	NPL Entre 20/1000 a PL 20/800 20/400 20/200 20/100 20/70 20/50 20/30 20/20 20/15 20/10	OD OI _ _ _ _
104	Valoración de Agudeza Visual con agujero estenopeico (Todas las personas)	MEJORA VISIÓN SI NO	OD OI _ _ _ _	MEJORA VISIÓN SI NO	OD OI _ _ _ _

105	Antecedentes médicos	DIABETES..... 1 HIPERTENSIÓN..... 2 AMBAS..... 3 NINGUNA..... 4	DIABETES..... 1 HIPERTENSIÓN..... 2 AMBAS..... 3 NINGUNA..... 4	DIABETES..... 1 HIPERTENSIÓN..... 2 AMBAS..... 3 NINGUNA..... 4
106	Examen del cristalino	NORMAL <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OI LENTRE INTRAOCULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AFAQUIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASE A 108 ← CATARATA INCIPIENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CATARATA MADURA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OI LENTRE INTRAOCULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AFAQUIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASE A 108 ← CATARATA INCIPIENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CATARATA MADURA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NORMAL <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OI LENTRE INTRAOCULAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AFAQUIA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PASE A 108 ← CATARATA INCIPIENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CATARATA MADURA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
107	Por qué no se ha operado?	NO SABE QUE TIENE CATARATA..... 1 ESPERA QUE LA CATARATA MADURE..... 2 CENTRO DE CIRUGIA NO DISPONIBLE O MUY LEJANO..... 3 DOCTOR CANCELO OPERACIÓN..... 4 NO TIENE DINERO PARA OPERARSE..... 5 NO TIENE QUIEN ACOMPAÑE..... 6 NO TIENE TIEMPO..... 7 OTRAS PRIORIDADES EN CASA..... 8 SE SIENTE BIEN, NO HACE FALTA.. 9 YA TIENE UN OJO OPERADO..... 10 TEMOR A LA OPERACION Y PERDER LA VISTA..... 11 CONTRAINDICACION POR OTRA ENFERMEDAD..... 12 DESCONFIA DEL HOSPITAL O DE LOS MEDICOS..... 13 PIENSA QUE ES CASTIGO DE DIOS. 14 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO SABE QUE TIENE CATARATA..... 1 ESPERA QUE LA CATARATA MADURE..... 2 CENTRO DE CIRUGIA NO DISPONIBLE O MUY LEJANO..... 3 DOCTOR CANCELO OPERACIÓN..... 4 NO TIENE DINERO PARA OPERARSE..... 5 NO TIENE QUIEN ACOMPAÑE..... 6 NO TIENE TIEMPO..... 7 OTRAS PRIORIDADES EN CASA..... 8 SE SIENTE BIEN, NO HACE FALTA.. 9 YA TIENE UN OJO OPERADO..... 10 TEMOR A LA OPERACION Y PERDER LA VISTA..... 11 CONTRAINDICACION POR OTRA ENFERMEDAD..... 12 DESCONFIA DEL HOSPITAL O DE LOS MEDICOS..... 13 PIENSA QUE ES CASTIGO DE DIOS. 14 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)	NO SABE QUE TIENE CATARATA..... 1 ESPERA QUE LA CATARATA MADURE..... 2 CENTRO DE CIRUGIA NO DISPONIBLE O MUY LEJANO..... 3 DOCTOR CANCELO OPERACIÓN..... 4 NO TIENE DINERO PARA OPERARSE..... 5 NO TIENE QUIEN ACOMPAÑE..... 6 NO TIENE TIEMPO..... 7 OTRAS PRIORIDADES EN CASA..... 8 SE SIENTE BIEN, NO HACE FALTA.. 9 YA TIENE UN OJO OPERADO..... 10 TEMOR A LA OPERACION Y PERDER LA VISTA..... 11 CONTRAINDICACION POR OTRA ENFERMEDAD..... 12 DESCONFIA DEL HOSPITAL O DE LOS MEDICOS..... 13 PIENSA QUE ES CASTIGO DE DIOS. 14 OTRA _____ 96 (ESPECIFIQUE)
108	A qué edad se operó?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
109	Dónde se operó?	HOSPITAL PUBLICO..... 1 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 2 CENTRO/PUESTO DE SALUD..... 3 CONSULTORIO PARTICULAR..... 4 UNIDAD MÓVIL..... 5 OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... 1 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 2 CENTRO/PUESTO DE SALUD..... 3 CONSULTORIO PARTICULAR..... 4 UNIDAD MÓVIL..... 5 OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE)	HOSPITAL PUBLICO..... 1 HOSPITAL/CLINICA PRIVADA..... 2 CENTRO/PUESTO DE SALUD..... 3 CONSULTORIO PARTICULAR..... 4 UNIDAD MÓVIL..... 5 OTRA _____ 6 (ESPECIFIQUE)
110	Quién pagó la cirugía?	EPS-ARS..... A HOSPITAL PUBLICO..... B USUARIO..... C ORGANIZACIÓN DE AYUDA..... D OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	EPS-ARS..... A HOSPITAL PUBLICO..... B USUARIO..... C ORGANIZACIÓN DE AYUDA..... D OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)	EPS-ARS..... A HOSPITAL PUBLICO..... B USUARIO..... C ORGANIZACIÓN DE AYUDA..... D OTRA _____ X (ESPECIFIQUE)