FERNÁNDEZ-VELÁZQUEZ
CENTRO DE MIOPÍA

Ocular Surface Disease Index (OSDI)

Formule al paciente las siguientes 12 preguntas, y marque el número en la casilla que mejor represente cada respuesta.

¿Ha tenido alguna de las siguientes molestias durante la última semana?	Siempre	Con frecuencia	Algunas veces	En raras ocasiones	Nunca
1. ¿Molestias con la luz?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0
2. ¿Sensación de arenilla en los ojos?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0
3. ¿Dolor o irritación en los ojos?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0
4. ¿Visión borrosa?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0
5. ¿Mala visión?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0

Calificación subtotal para las respuestas 1 a 5 ☐

¿Los problemas con sus ojos lo han limitado para realizar alguna de las siguientes actividades durante la última semana?	Siempre	Con frecuencia	Algunas veces	En raras ocasiones	Nunca	N/A
6. ¿Leer?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0	○ N/A
7. ¿Conducir de noche?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0	○ N/A
8. ¿Trabajar en el ordenador o usar el teléfono móvil?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0	○ N/A
9. ¿Ver televisión?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0	○ N/A

Calificación subtotal para las respuestas 6 a 9 ☐

¿Ha sentido molestia en los ojos en alguna de las siguientes situaciones durante la última semana?	Siempre	Con frecuencia	Algunas veces	En raras ocasiones	Nunca	N/A
10. ¿Cuando hace mucho aire?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0	○ N/A
11. ¿Lugares con baja humedad?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0	○ N/A
12. ¿Áreas con aire acondicionado?	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1	○ 0	○ N/A

Calificación subtotal para las respuestas 10 a 12 ☐

Suma de puntuaciones para todas las respuestas contestadas ☐

Número total de preguntas respondidas (no incluye preguntas respondidas N/A) ☐

OSDI ☐