

---

## Contact Lens Visit Information Sheet (Spanish)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Que tipo de lente de contacto utiliza? **Soft | Scleral | Gas Permeable**
2. Aproximadamente, hace cuanto tiempo ordeno sus lentes de contactos mas recientes?  
\_\_\_\_\_
3. A que hora se puso sus lentes de contactos hoy? \_\_\_\_\_
4. Por cuantas horas utiliza sus lentes de contacto cada dia?  
**1-2 hrs. | 2-4 hrs. | 8-12 hrs. | 12+ hrs.**
5. Como es su vista con su lente de contacto derecho? **Mal | Justo | Bien | Excelente**
6. Como es su vista con su lente de contacto izquierdo? **Mal | Justo | Bien | Excelente**
7. Seleccione la comodidad de su lente de contacto derecho: **Mal | Justo | Bien | Excelente**
8. Seleccione la comodidad de su lente de contacto izquierdo: **Mal | Justo | Bien | Excelente**
9. Necesita una receta de anteojos hoy? **Si | No**
10. Tiene una copia reciente de la receta de sus lentes de contacto? **Si | No**
11. Visita de 6 meses: Por favor vea a la recepcionista si necesita un tratamiento de limpieza profunda para sus lentes de contacto **AL MENOS** que tenga Hydra PEG.
12. Cuantas veces utiliza un limpiador profundo (Optimum ESC, Boston Adv., or Progent)?  
\_\_\_\_\_
13. Describa cualquier preocupacion o pregunta que pueda tener hoy:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Seleccione las soluciones /gotas de los ojos que utiliza para:

**Limpieza:** Optimum ESC by Lobob | Boston Advance Cleaner | Progent:

**Desinfeccion:** Clear Care | Unique pH | Boston Simplus | Bio True | Otra:

### Enjuague:

P.F Purlens | P.F Addipak | P.F Lacri Pure | P.F Scleralfil, | Bausch & Lomb Sensitive Eyes

**Insercion de relleno:** P.F Addipak | Lacri-Pure | Scleral Fil | P.F Artificial Tears

**Solucion de back-up:** Unique pH | Boston Simplus | Ninguna | Otra:

**Gotas artificiales sin preservativos:** Refresh | Thera Tears (day) | Thera Tears Gel drops

**Gotas artificiales en botella:** Systane Ultra | Soothe XP | Blink Tears | Refresh