**Test OSDI-Ojo Seco**

Conteste a las siguientes preguntas marcando la casilla que mejor represente su respuesta:

1. **¿Ha experimentado alguna de las siguientes alteraciones durante la última semana?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FRECUENCIA** | | | | |
| **En todo momento** | **Casi en todo momento** | **El 50% del tiempo** | **Casi en ningún momento** | **En ningún momento** |
| **Sensibilidad a la luz** |  |  |  |  |  |
| **Sensación de arenilla en los ojos** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Dolor de ojos** |  |  |  |  |  |
| **Visión borrosa** |  |  |  |  |  |
| **Mala visión** |  |  |  |  |  |

1. **¿Ha tenido problemas en los ojos que le han limitado o impedido realizar alguna de las siguientes acciones durante la última semana?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FRECUENCIA** | | | | | |
| **En todo momento** | **Casi en todo momento** | **El 50% del tiempo** | **Casi en ningún momento** | **En ningún momento** | **NO SÉ** |
| **Leer** |  |  |  |  |  |  |
| **Conducir de noche** |  |  |  |  |  |  |
| **Trabajar con un ordenador o utilizar un cajero automático** |  |  |  |  |  |  |
| **Ver la televisión** |  |  |  |  |  |  |

1. **¿Ha sentido incomodidad en los ojos en alguna de las siguientes situaciones durante la última semana?**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FRECUENCIA** | | | | | |
| **En todo momento** | **Casi en todo momento** | **El 50% del tiempo** | **Casi en ningún momento** | **En ningún momento** | **NO SÉ** |
| **Viento** |  |  |  |  |  |  |
| **Lugares con baja humedad (muy secos)** |  |  |  |  |  |  |
| **Zonas con aire acondicionado** |  |  |  |  |  |  |