INSTRUCCIONES
“Actividad visual” se refiere a cualquier actividad en la que la vista es el principal sentido utilizado (ver la pizarra, leer, escribir, utilizar el ordenador, móvil, tablet, conducir, ver la TV o la pantalla de cine, etc.).

Por favor, conteste todas las preguntas. Si la respuesta es NO, pase a la siguiente pregunta. Si la respuesta es SI, señale directamente la frecuencia con la que aparece el problema: ocasionalmente/a menudo o casi siempre. De forma orientativa, su significado es el siguiente:

- **Ocasionalmente/A menudo**: al menos una vez cada quince días/una o dos veces por semana.
- **Casi siempre**: casi todos los días.

| Pregunta                                                                 | NO | Ocasionalmente / A menudo | Casi siempre |
|--------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------|--------------|
| 1. ¿Tienes dolor de cabeza al realizar alguna actividad visual?           |    |                           |              |
| 2. ¿Tienes visión borrosa o desenfocada al realizar una actividad visual en cerca? |    |                           |              |
| 3. ¿Se te ponen los ojos rojos o irritados cuando haces una actividad visual? |    |                           |              |
| 4. ¿Tienes que inclinar la cabeza o el libro, papel, móvil, tablet, etc., cuando realizas alguna actividad visual? |    |                           |              |
| 5. ¿Tienes que releer el texto al realizar alguna actividad de lectura?    |    |                           |              |
| 6. ¿Te cuesta calcular las distancias cuando fijas la vista en algo?      |    |                           |              |
| 7. ¿Te lloran los ojos cuando haces una actividad visual?                |    |                           |              |
| 8. ¿Tienes dificultad para enfocar los objetos cuando cambias de cerca a lejos y/o viceversa? |    |                           |              |
| 9. ¿Tienes dolor de cuello o espalda cuando realizas alguna actividad visual? |    |                           |              |
| 10. ¿Tienes los ojos secos o con sensación de arenilla cuando haces una actividad visual? |    |                           |              |
| 11. ¿Tienes que entornar los ojos para ver mejor?                        |    |                           |              |
| 12. ¿Te entra sueño cuando realizas alguna actividad visual?             |    |                           |              |
| 13. ¿Tienes dificultad para fijar la mirada al realizar alguna actividad visual? |    |                           |              |
| 14. ¿Sientes deslumbramiento o te molesta la luz al realizar alguna actividad visual? |    |                           |              |
**INSTRUCTIONS**

"Visual activity" refers to any activity in which sight is the main sense used (that is, to see the blackboard, read, write, use the computer, mobile, tablet, to drive, to watch television or the cinema screen and so on).

Please answer all the questions. If the answer is NO, go to the next question. If the answer is YES, directly indicate the frequency for which the problem occurs: occasionally/often and almost always. As a guide, it means as follows:

- **Occasionally/Often**: at least once every fifteen days/ once or twice a week.
- **Almost always**: almost every day.

| Question                                                                 | NO | Occasionally / Often | Almost always |
|------------------------------------------------------------------------|----|----------------------|--------------|
| 1. Do you have headache when doing any visual activity?                |    | YES                  |              |
| 2. Do you have blurred or unfocused vision when doing a near visual activity? |    | YES                  |              |
| 3. Do you have red eyes or sore eyes when doing a visual activity?     |    | YES                  |              |
| 4. Do you have to tilt your head or the book, paper, mobile, tablet, etc. when you do any visual activity? |    | YES                  |              |
| 5. Do you have to reread the text when doing a reading activity?       |    | YES                  |              |
| 6. Do you have inability to estimate distance accurately when your eyes are fixating something? |    | YES                  |              |
| 7. Do you have watery eyes when you perform a visual activity?         |    | YES                  |              |
| 8. Do you have difficulty focusing on objects when you change from near to far vision and / or vice versa? |    | YES                  |              |
| 9. Do you have neck or back pain when you do any visual activity?      |    | YES                  |              |
| 10. Do you have dry or gritty eyes when doing a visual activity?       |    | YES                  |              |
| 11. Do you have to squint to see better?                               |    | YES                  |              |
| 12. Do you feel sleepy when you perform any visual activity?           |    | YES                  |              |
| 13. Do you have fixation difficulty when doing any visual activity?    |    | YES                  |              |
| 14. Do you have glare or excessive sensitivity to light when performing any visual activity? |    | YES                  |              |