

Encuesta de adaptación de L de C 2026

Si usted NO adapta lentes de contacto, páselo por favor a un colega que si los adapte.

Por favor complete las siguientes preguntas y después registre los detalles de diez adaptaciones de lentes de contacto (por hoja) a pacientes suyos.

PAIS:	¿Cuándo recibió esta encuesta?	Su descripción laboral	¿Por cuantos años ha estado usted...	¿En qué tipo de servicio usted trabaja mayormente?		
Argentina: ARG		☐ optómetra ☐ óptico/ Técnico	Calificado: para adaptar lentes de contacto:	☐ Independiente (1 – 9 sedes)	☐ Regional (10 – 49 sedes)	☐ Nacional (50 o más sedes)

Información general ¹						Lentes RGP					Lentes Blandos ²				Diseño del lente ³								Reemplazo frecuencia						Veces por semana que usará los lentes*	Modali-da ⁵ d ⁵		sistema de limpieza				
Fecha	Pte.	Edad	Sexo	Nuevo	Usuario	Escleral	PMMA	RGP Dk <40	RGP Dk 40-90	RGP Dk >90	Conven-cional <40%	Conven-cional 40-60	Conven-cional >60%	Hidroge-l de silicona	Esfera	Tórico	Multi-focal	Mono-visión	Cosméti-co (color)	Ortoque-ratologi-a	Control miopía	Otro	Diario	1-2 semanas	1 mes	3-6 meses	12 meses	Sin plan		Diario	Exten-di-do	Multi-usos	Peró-xido	Otro	Ningu-n-o	
	1																																			
	2																																			
	3																																			
	4																																			
	5																																			
	6																																			
	7																																			
	8																																			
	9																																			
	10																																			

Algunas notas aclaratorias.

- Nuevo y usuarios.** Un pte. nuevo es uno que nunca ha utilizado lentes de contacto o que lleva una cantidad considerable de años sin utilizarlos. Un usuario es un pte. que usa lentes de contacto y que se adapta nuevamente porque su patrón de uso ha cambiado, quiere probar otro tipo de lente o tiene un problema con sus lentes.
- Lentes Blandos.** Estos se dividen en hidrogeles de silicona y convencionales. Los convencionales se dividen de acuerdo a su contenido de agua.
- Diseño de lente.** Marque los cuadros que sean necesarios en esta categoría. 'Los lentes control de miopía' son los diseñados para evitar la progresión de la miopía.
- Veces por semana que utilizara los lentes.** Si uso diario, por favor indique cuantos días por semana; si uso extendido, indique la cantidad de noches por semana. Valor máximo = 7.
- Modalidad.** Un paciente que duerme con sus lentes de manera ocasional se considera como que su modalidad es de "uso extendido".

• **Al completar el formato, favor tomarle foto o escanear y enviar a:** prescripcion.lc.arg@gmail.com

¡Gracias por su tiempo! Doris Rivadeneira Docente UNS – Paula Faccia Docente UNLP