



A rellenar por el estudiante:

Indica si percibes alguno de los siguientes síntomas o molestias, durante o inmediatamente después del uso de dispositivos digitales (móvil, ordenador, e-book, tablet, psp, etc). Para cada síntoma señala con una x.



A. Primero, responde a la pregunta: ¿Con que frecuencia te ocurre?, teniendo en cuenta que: NUNCA= en ninguna ocasión, OCASIONALMENTE= de forma esporádica o una vez por semana, A MENUDO O SIEMPRE= 2 o veces por semana o casi todos los días.



B. Segundo, responde a la pregunta: ¿Cuál es la intensidad?, con que lo sientes.

RECUERDA: si señalas NUNCA en la pregunta de frecuencia, no debes marcar nada en la pregunta de intensidad.

	¿CON QUE FRECUENCIA TE OCURRE?			¿CUÁL ES LA INTENSIDAD?	
	NUNCA	OCASIONAL MENTE	A MENUDO O SIEMPRE	MODERADA	INTENSA
1. Picor					
2. Sensación de arenilla					
3. Lagrimeo					
4. Parpadeo excesivo					
5. Enrojecimiento ocular					
6. Dolor ocular					
7. Pesadez de párpados					
8. Sequedad					
9. Visión borrosa					
10. Dificultad al enfocar					
11. Visión doble					
12. Aumento de sensibilidad a la luz de ambiente (exterior/interior)					
13. Halos de colores alrededor de los objetos					
14. Dolor de cabeza					