

N° Entrevista:

Fecha:

Lugar:

ENTREVISTA**DATOS PERSONALES**

Edad:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Otro:	Nivel educacional: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta
Tipo de Alimentación: <input type="checkbox"/> Sin restricción <input type="checkbox"/> Vegetariana <input type="checkbox"/> Vegana <input type="checkbox"/> Sin azúcar <input type="checkbox"/> Sin gluten <input type="checkbox"/> Otra:		

HISTORIAL DE SALUD

Patología:	<input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Retinopatía <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Degeneración Macular <input type="checkbox"/> Otra:		
Patologías anexas:	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensión	
	<input type="checkbox"/> Resistencia a la insulina	<input type="checkbox"/> Hiper/Hipotiroidismo	
	<input type="checkbox"/> Neurodivergencia:	<input type="checkbox"/> Otra:	

Alergias e Intolerancias Alimenticias

Alergia:	Intolerancia:	Otros:
-----------------	----------------------	---------------

Ayudas tecnológicas

Tipo de ayuda (Anteojos, lupas, etc)	Característica (Análoga, Electrónica, Digital)	Datos anexos

COMPRA DE ALIMENTOS

¿Considera que tiene autonomía a la hora de comprar alimentos?	<input type="checkbox"/> Sí, puedo escoger mis alimentos sin problemas. Leyendo todos los etiquetados que necesito.		
	<input type="checkbox"/> Sí, pero a veces tengo que pedir ayuda para poder leer algo.		
	<input type="checkbox"/> No, tengo que ir acompañado o acompañada a comprar.		
	<input type="checkbox"/> No, una persona compra alimentos por mí.		
Cuál de las siguientes informaciones puede leer sin problema:	<input type="checkbox"/> Nombre (arroz, pastas, etc)	<input type="checkbox"/> Marca del alimento	<input type="checkbox"/> Contenido (gramos, litros, etc)
	<input type="checkbox"/> Ingredientes	<input type="checkbox"/> Fecha de vencimiento	<input type="checkbox"/> Sellos "Alto en"
	<input type="checkbox"/> Instrucciones de uso	<input type="checkbox"/> Alérgenos	<input type="checkbox"/> Otro:
¿Considera que los envases de alimentos están diseñados para personas con baja visión?	<input type="checkbox"/> Sí		
	<input type="checkbox"/> No		
	¿Por qué?		
Cuáles de los siguientes elementos considera problemáticos para leer los envases de alimento (Puede seleccionar varios)	<input type="checkbox"/> Letra muy pequeña		
	<input type="checkbox"/> No distingo la letra del fondo		
	<input type="checkbox"/> El material del envase me deslumbra		
	<input type="checkbox"/> No encuentro la información que busco		
	<input type="checkbox"/> Otro		
Comentarios			

N° Entrevista:
Fecha:
Lugar:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, he sido informado del uso de esta información para el proyecto de Titulación de la Carrera de Diseño Gráfico de la PUCV, denominado "Normas gráficas en los envases de alimentos: Estudio enfocado en personas con baja visión", de la estudiante Constanza Villarroel, con la tutela de la profesora Michèle Wilkomirsky Uribe.

Este estudio busca encontrar parámetros de buen diseño gráfico en la rotulación de envases de alimentos.

Los alcances y resultados esperados por esta investigación son: prototipar en colaboración con una empresa de la región el rotulado de un envase de alimentos con los parámetros necesarios para personas con baja visión.

Todos los datos que se recojan en la presente entrevista serán estrictamente **anónimos y de carácter privados**. Además, los datos entregados serán absolutamente **confidenciales** y sólo se usarán para los fines académicos. El responsable de custodiar los datos será la estudiante de título responsable del proyecto. Esta estudiante de título tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo y la confidencialidad de la información registrada.

Si usted tuviese alguna duda sobre este proyecto de titulación o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento. Igualmente, puede retirarse de la entrevista cuando usted desee sin perjuicio alguno. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es **completamente libre y voluntaria**, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender su participación sin tener que dar explicaciones, y sin recibir consecuencia alguna en cualquier momento.

Desde ya le agradecemos su participación.

NOMBRE Y FIRMA

Participante

NOMBRE Y FIRMA

Estudiante de título responsable