

CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS

No. del hospital

Nombre:

Edad:

Dirección:


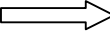
Diagnóstico:

Fecha:

PUNTAJE

CDLQI:

El objetivo de este cuestionario es medir qué tanto tu problema de la piel te ha afectado en la última semana. Por favor marca una opción para cada pregunta.

- | | | | | |
|-----|--|---|--|---|
| 1. | En la última semana, ¿cuánto pica o rasquiña , irritación o dolor has tenido en tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | En la última semana, ¿qué tan avergonzado , apenado , enojado o triste has estado a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | En la última semana, ¿qué tan afectada ha estado tu relación con tus amigos por tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | En la última semana, ¿cuánto has cambiado o utilizado ropa o zapatos diferentes o especiales a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | En la última semana, ¿cuánto se han afectado tus juegos , tus pasatiempos y tus salidas , a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | En la última semana, ¿cuánto has evitado la natación u otros deportes a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | <div>La semana pasada,
fue
época de clases:</div> <div></div> <div>O</div> <div></div> <div>fue
época de vacaciones:</div> | <div>Si fue época de clases: En la última semana, ¿cuánto se afectaron tus actividades escolares a causa de tu problema de la piel?</div> <div>Si fue época de vacaciones: En la última semana, ¿cuánto ha afectado tu diversión durante las vacaciones tu problema de la piel?</div> | <div>Te impidió asistir a la escuela</div> <div>Muchísimo</div> <div>Mucho</div> <div>Solo un poco</div> <div>Nada</div> <div>Muchísimo</div> <div>Mucho</div> <div>Solo un poco</div> <div>Nada</div> | <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> |
| 8. | En la última semana, ¿cuánta dificultad has tenido con otros porque te ponen apodos , te molestan , te matonean , te ignoran o te hacen preguntas a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | En la última semana, ¿cuánto se ha afectado tu sueño a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | En la última semana, ¿cuánto problema te ha causado el tratamiento de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> | |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> | |
| | | Solo un poco | <input type="checkbox"/> | |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> | |

Por favor revisa que hayas contestado todas las preguntas. Gracias.