

ÍNDICE DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA INFANTIL

N.º del hospital

Nombre:

Edad:


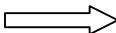
Dirección:

Diagnóstico:

Fecha:

PUNTUACIÓN
CDLQI:

El propósito de este cuestionario es medir cuánto te ha afectado tu problema de la piel DURANTE LA SEMANA PASADA. Haz una marca de cotejo ✓ en una casilla para cada pregunta.

- | | | | |
|-----|--|--|--------------------------|
| 1. | Durante la semana pasada, ¿cuánto te ha picado , cuántas ganas de rascarte te ha dado o cuánto dolor o sensibilidad al tacto has tenido en la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Durante la semana pasada, ¿cuán avergonzado , acomplejado , disgustado o triste te has sentido por causa de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Durante la semana pasada, ¿cuánto ha afectado tus relaciones con tus amigos tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la semana pasada, ¿cuánto has cambiado a, o usado, ropa/zapatos diferentes o especiales por causa de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la semana pasada, ¿cuánto ha afectado tu problema de la piel el salir , jugar o realizar pasatiempos ? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la semana pasada, ¿cuánto has evitado nadar u otros deportes por causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <div>¿Había escuela la <u>semana pasada</u>? </div> <div>O</div> | <div>Si había escuela: Durante la semana pasada, ¿cuánto afectó tu problema de la piel tu trabajo escolar?</div> <div>Me impidió ir a la escuela</div> | <input type="checkbox"/> |
| | | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| | <div>¿Era periodo de vacaciones? </div> | <div>Si era periodo de vacaciones: Durante la semana pasada, ¿Cuánto interfirió tu problema de la piel en tu disfrute de las vacaciones?</div> | <input type="checkbox"/> |
| | | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Durante la semana pasada, ¿cuánto problema te dio tu piel por causa de que otras personas te insultaran , se burlaran de ti , te acosaran en la escuela , te hicieran preguntas o te evitaran ? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la semana pasada, ¿cuánto se ha afectado tu sueño por causa de tu problema de la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante la semana pasada, ¿cuánto problema te ha dado tu tratamiento para la piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Bastante | <input type="checkbox"/> |
| | | Un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |

Coteja que hayas contestado TODAS las preguntas. Gracias.