

CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA INFANTIL

N.º del Hospital:

Nombre:

Edad:


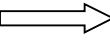
Dirección:

Diagnosis:

Fecha:

PUNTAJE DE
CDLQI:

El propósito de este cuestionario es medir qué tanto te ha afectado el problema de tu piel DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS. Por favor, marca solamente un ✓ para cada pregunta.

- | | | | |
|-----|---|----------------------------|--------------------------|
| 1. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto te has rascado , o qué tanta comezón o dolor has tenido en tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tan avergonzado, acomplejado, disgustado o triste has estado a causa de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto te ha afectado tu piel con tus amistades ? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto te cambiaste o usaste ropa/zapatos diferentes o especiales a causa de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto efecto tuvo tu piel en salir, jugar o pasatiempos ? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto evitaste nadar u otros deportes a causa de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 7. | <div><div>Los últimos 7 días,
¿fue
tiempo
de escuela?</div><div></div><div>Si fue tiempo de escuela: Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto te afectó tu piel en tu trabajo en la escuela?</div></div> | Me impidió ir a la escuela | <input type="checkbox"/> |
| | | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| | <div><div>O</div><div>¿fue
feriado?</div><div></div><div>Si fue feriado: Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto interfirió tu piel con el disfrute de tu tiempo feriado?</div></div> | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tantos problemas tuviste con otras personas usando apodos, burlas, intimidaciones, haciéndote preguntas o evadiéndote a causa de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto fue afectado tu sueño a causa de tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante los últimos 7 días, ¿qué tan problemático ha sido el tratamiento para tu piel? | Muchísimo | <input type="checkbox"/> |
| | | Mucho | <input type="checkbox"/> |
| | | Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| | | Nada | <input type="checkbox"/> |

Por favor asegúrate que hayas contestado CADA pregunta. Gracias.