

## CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS

No. del hospital

Nombre:

Edad:

Dirección:


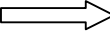
Diagnóstico:

Fecha:

PUNTAJE

CDLQI:

**El objetivo de este cuestionario es medir qué tanto te ha afectado tu problema de la piel EN LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marca una opción para cada pregunta.**

- |     |  |  |  |   |
|-----|--|--|--|---|
| 1.  | En la última semana, ¿cuánta <b>comezón, “picazón”, irritación o dolor</b> 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 <b>avergonzado, apenado, enojado o triste</b> 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 tanto ha afectado tu problema de la piel, tu <b>relación con tus amigos</b> ?  | 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 <b>cambiado o utilizado ropa o zapatos diferentes o especiales</b> 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 <b>tus salidas, juegos o tus pasatiempos</b> 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 <b>natación u otros deportes</b> 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,<br/>fue<br/>época de clases:</div> <div></div> <div>O</div> <div></div> <div>fue<br/>época de descanso:</div> | <div>Si fue época de clases: En la última semana, ¿cuánto se afectaron tus <b>actividades escolares</b> a causa de tu problema de la piel?</div> <div>Si fue época de descanso: En la última semana, ¿cuánto te ha impedido disfrutar <b>el descanso</b> 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 porque otras personas <b>te ponen apodos, te molestan, te intimidan, te hacen preguntas o te ignoran</b> 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 <b>sueño</b> 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 <b>el tratamiento</b> 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.**