

## CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS

N.º 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 ESTA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marca ✓ una opción para cada pregunta.**

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

**Por favor revisa que hayas contestado TODAS las preguntas. Gracias.**