

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DE DERMATITIS INFANTIL (IDQOL)

El objetivo de este cuestionario es registrar cómo ha estado la dermatitis de su hijo. Cada pregunta se refiere ÚNICAMENTE A LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, conteste cada pregunta.

	Severidad de la Dermatitis		
	En la última semana, ¿qué tan severa cree usted que ha sido la dermatitis de su hijo? Es decir, ¿qué tan roja, escamosa, inflamada o extendida?	Extremadamente severa Severa Regular Bastante aceptable Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Índice de Calidad de Vida		
1.	En la última semana, ¿cuánto tiempo ha estado su hijo con pica zón y rascándose?	Todo el tiempo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	En la última semana, ¿cómo estuvo el estado de ánimo de su hijo?	Siempre llorando o extremadamente difícil Muy irritable Algunos berrinches Contento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	En la última semana ¿aproximadamente cuánto tiempo en promedio le ha tomado dormir a su hijo por la noche?	Más de 2 horas 1 - 2 horas 15 minutos - 1 hora 0-15 minutos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	En la última semana, ¿cuál fue el tiempo total en que el sueño de su hijo se vio alterado en promedio cada noche?	5 horas o más 3 - 4 horas 1 - 2 horas Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.	En la última semana ¿el eccema de su hijo ha interferido en sus juegos o la natación ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.	En la última semana ¿el eccema de su hijo interfirió en que participara en actividades familiares o las disfrutara ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	En la última semana ¿ha habido problemas a la hora de comer de su hijo a causa del eccema?	Muchísimos Muchos Pocos Ninguno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	En la última semana, ¿ha habido problemas con su hijo causados por el tratamiento ?	Muchísimos Muchos Pocos Ninguno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	En la última semana, ¿el eccema de su hijo ha causado que vestirlo y desvestirlo sea incómodo?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.	En la última semana, ¿qué tanto problema ha sido el eccema de su hijo a la hora del baño ?	Muchísimo Mucho Poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Por favor revise que haya contestado cada pregunta.