

CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS

No. del Hospital:

Nombre:

Edad:

Dirección:

Diagnóstico:

Fecha:

Puntaje

CDLQI:

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

- | | | | |
|-----|---|--|--|
| 1. | En la última semana, ¿cuánta picazón, comezón, o dolor has tenido en tu piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 2. | En la última semana, ¿qué tan avergonzado, cohibido, mortificado o triste has estado a causa de tu piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 3. | En la última semana, ¿qué tan afectada ha estado tu relación con tus amigos a causa de tu piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 4. | En la última semana, ¿cuánto has cambiado o utilizado ropa o zapatos diferentes o especiales , a causa de tu piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 5. | En la última semana, ¿cuánto se han afectado tus salidas, juegos y pasatiempos , a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 6. | En la última semana, ¿cuánto has evitado la natación u otros deportes a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 7. | <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="flex: 1;"><p><u>La semana pasada,</u>
¿fue
época de clases?</p><p style="text-align: center;">O</p><p>¿fue
época de vacaciones?</p></div><div style="flex: 1; margin: 0 10px;">

</div><div style="flex: 2;"><p>Si fue época de clases: En la última semana, ¿cuánto se afectaron tus actividades escolares a causa de tu problema de la piel?</p><p>Si fue época de vacaciones: En la última semana, ¿cuánto ha afectado tu diversión durante las vacaciones tu problema de la piel?</p></div></div> | <div style="display: flex; align-items: flex-start;"><div style="flex: 1; margin-right: 10px;"><p>Te impidió asistir a la escuela</p><p>Muchísimo</p><p>Mucho</p><p>Sólo un poco</p><p>Nada</p></div><div style="flex: 1;"><p><input type="checkbox"/></p><p><input type="checkbox"/></p><p><input type="checkbox"/></p><p><input type="checkbox"/></p><p><input type="checkbox"/></p></div></div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"><div style="flex: 1; margin-right: 10px;"><p>Muchísimo</p><p>Mucho</p><p>Sólo un poco</p><p>Nada</p></div><div style="flex: 1;"><p><input type="checkbox"/></p><p><input type="checkbox"/></p><p><input type="checkbox"/></p><p><input type="checkbox"/></p></div></div> | |
| 8. | En la última semana, ¿cuánta dificultad has tenido con otros porque te ponen apodos, te molestan, te hacen bullying, te hacen preguntas o te evaden a causa de tu piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 9. | En la última semana, ¿cuánto se ha afectado tu sueño a causa de tu problema de la piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |
| 10. | En la última semana, ¿cuánto problema te ha causado el tratamiento de tu piel? | Muchísimo
Mucho
Sólo un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> |

Por favor asegúrate de haber contestado CADA pregunta. Gracias.

©M.S. Lewis-Jones, A.Y. Finlay, Mayo 1993, No debe ser copiado sin el permiso de los autores.