

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA

DLQI

No. de hospital:

Fecha:

Puntuación:

Nombre:

Diagnóstico:

Dirección:

El propósito de este cuestionario es medir cuánto se ha visto afectada su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA como resultado de su problema en la piel. Marque una casilla para cada pregunta.

1.	Durante la última semana ¿cuánta picazón, irritación, dolor o pinchazos sintió en su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Durante la última semana, ¿cuán avergonzado o cohibido se sintió a causa de su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido su piel con sus salidas de compras o en el cuidado de su hogar o jardín ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>
4.	Durante la última semana, ¿cuánta influencia ha tenido su piel en la ropa que usa?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>
5.	Durante la última semana, ¿en qué medida su piel ha afectado sus actividades sociales o de esparcimiento ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>
6.	Durante la última semana, ¿cuán difícil le ha sido practicar un deporte debido a su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>
7.	Durante la última semana, ¿le ha impedido su piel trabajar o estudiar ?	sí no	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "no", durante la última semana, ¿en qué medida ha representado su piel un problema en el trabajo o los estudios ?	Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante la última semana, ¿en qué medida su piel le ha creado problemas con su pareja o con cualquiera de sus amigos o familiares cercanos ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>
9.	Durante la última semana, ¿en qué medida su piel le ha ocasionado dificultades sexuales ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>
10.	Durante la última semana, ¿en qué medida le ha supuesto un problema el tratamiento de su piel, por ejemplo, haciendo que su casa se vea desordenada o consumiendo su tiempo?	Muchísimo Mucho Un poco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No se aplica <input type="checkbox"/>

Verifique que haya respondido a TODAS las preguntas. Muchas gracias.