

INDICE DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA

DLQI

No. del hospital:

Fecha:

Clasificación:

Nombre:

Diagnóstico:

Dirección:

El objetivo de este cuestionario es medir qué tanto el problema de su piel ha afectado su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque una casilla para cada pregunta.

1.	Durante la última semana, ¿cuánta picazón, molestia, dolor o quemazón ha tenido en la piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Durante la última semana, ¿qué tan avergonzado/a o consciente de sí mismo/a ha estado por su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Durante la última semana, ¿qué tanto su piel ha interferido con ir de compras u ocuparse de su hogar o jardín ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
4.	Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su piel en las ropas que usa?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
5.	Durante la última semana, ¿qué tanto su piel ha afectado sus actividades sociales o de ocio o tiempo libre ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
6.	Durante la última semana, ¿qué tanto su piel le ha hecho difícil practicar algún deporte ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
7.	Durante la última semana, ¿su piel le ha impedido trabajar o estudiar ?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
	Si es "No", durante la última semana, ¿qué tanto su piel ha sido un problema para su trabajo o sus estudios ?	Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante la última semana, ¿qué tanto su piel ha creado problemas con su pareja , alguno de sus amigos íntimos o parientes ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
9.	Durante la última semana, ¿qué tanto su piel le ha causado dificultades sexuales ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>
10.	Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha causado el tratamiento para su piel, por ejemplo, tener su hogar desordenado u ocupar tiempo?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/>

Por favor, compruebe si ha respondido a CADA pregunta. Gracias.