

# 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 <b>picazón, molestia, dolor</b> o <b>quemazón</b> 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 <b>avergonzado/a</b> o <b>consciente de sí mismo/a</b> 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 <b>ir de compras</b> u ocuparse de su <b>hogar</b> o <b>jardín</b> ?	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 <b>ropas</b> 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 <b>sociales</b> o <b>de ocio</b> o <b>tiempo libre</b> ?	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 <b>deporte</b> ?	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 <b>trabajar</b> o <b>estudiar</b> ?	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 <b>trabajo</b> o sus <b>estudios</b> ?	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 <b>pareja</b> , alguno de sus <b>amigos íntimos</b> o <b>parientes</b> ?	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 <b>dificultades sexuales</b> ?	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 <b>tratamiento</b> 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.**