

# ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA

DLQI

Número de hospital:

Fecha:

Puntuación:

Nombre:

Diagnóstico:

Dirección:

**El propósito de este cuestionario es medir cuánto su problema de la piel ha afectado su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Marque una casilla para cada pregunta.**

1.	Durante la última semana, ¿cuánto le <b>pica</b> o qué tan <b>sensible, adolorida</b> o <b>con escozor</b> ha estado su 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, ¿cúan <b>avergonzado/a</b> o <b>cohibido/a</b> ha estado usted debido a 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, ¿cuánto ha interferido su piel con que usted <b>vaya de compras</b> o cuide de su <b>hogar o jardín</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
4.	Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su piel en la <b>ropa</b> que se pone?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
5.	Durante la última semana, ¿cuánto ha afectado su piel cualquier actividad <b>social</b> o de <b>esparcimiento</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
6.	Durante la última semana, ¿cuánto le ha dificultado su piel hacer cualquier <b>deporte</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
7.	Durante la última semana, ¿le ha impedido su piel <b>trabajar</b> o <b>estudiar</b> ?	Sí No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es "No", durante la última semana ¿cuánto problema ha significado su piel en el <b>trabajo</b> o para <b>estudiar</b> ?	Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante la última semana, ¿cuánto problema ha creado su piel con su <b>pareja</b> o con cualquiera de sus <b>amigos cercanos</b> o <b>parientes</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
9.	Durante la última semana, ¿en qué medida su problema de la piel le ha ocasionado <b>dificultades sexuales</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>
10.	Durante la última semana, ¿qué tanto problema ha significado el <b>tratamiento</b> de su piel, por ejemplo causando desorden en su casa o quitándole tiempo?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sin importancia <input type="checkbox"/>

**Revise que ha respondido a CADA pregunta. Gracias.**