

**CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA**

**DLQI**

N.º de hospital:

Fecha:

Nombre:

Puntuación:

Dirección:

Diagnóstico:

--

**El objetivo de este cuestionario consiste en determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una  una casilla para cada pregunta.**

- |    |   |   |              |                          |
|----|---|---|--------------|--------------------------|
| 1. | Durante la última semana, ¿cuánta <b>picazón, dolor, ardor o comezón</b> ha sentido en la piel?   | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> |              |                          |
| 2. | Durante la última semana, ¿cuán <b>avergonzado/a, o cohibido/a</b> se ha sentido debido a su problema de piel?  | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> |              |                          |
| 3. | Durante la última semana, ¿cuánto le ha molestado su condición de la piel para hacer las <b>compras</b> u ocuparse de la <b>casa</b> o el <b>jardín</b> ? | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su condición de la piel en la elección de la <b>ropa</b> que lleva?   | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su condición de la piel en alguna actividad <b>social</b> o <b>recreativa</b> ?                             | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para practicar <b>deportes</b> debido a su condición de la piel?                                   | Muchísimo <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/> | No aplicable | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel <b>trabajar</b> o <b>estudiar</b> ?   | Sí <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/>  | No aplicable | <input type="checkbox"/> |
|    | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios?           | Mucho <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Nada <input type="checkbox"/>                                       |              |                          |

8. Durante la última semana, ¿en qué medida su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su **pareja, amigos íntimos o familiares**?      Muchísimo   
 Mucho   
 Un poco   
 Nada       No aplicable
9. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su **vida sexual**?      Muchísimo   
 Mucho   
 Un poco   
 Nada       No aplicable
10. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su **tratamiento** de la piel, por ejemplo, porque le toma tiempo o porque ensucia o desordena su casa?      Muchísimo   
 Mucho   
 Un poco   
 Nada       No aplicable

**Por favor verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias.**