

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA

DLQI

Nº de hospital:

Fecha :

Puntuación:

Nombre :

Diagnóstico :

Dirección:

El objeto de este cuestionario consiste en evaluar en qué medida su problema de la piel le ha afectado la vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor, marque una casilla para cada pregunta.

1.	Durante la última semana, ¿cuánta picazón, sensibilidad, dolor o escozor 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, ¿en qué medida se ha sentido avergonzado o acomplejado 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, ¿en qué medida ha interferido su piel en sus salidas de compras o su cuidado del hogar o del jardín ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No pertinente <input type="checkbox"/>
4.	Durante la última semana, ¿cuánto ha influido su piel sobre la ropa que se ha puesto?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No pertinente <input type="checkbox"/>
5.	Durante la última semana, ¿en qué medida ha afectado su piel sus actividades sociales o de recreo ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No pertinente <input type="checkbox"/>
6.	Durante la última semana, ¿en qué medida le ha dificultado su piel el practicar algún deporte ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No pertinente <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 pertinente <input type="checkbox"/>
	Si respondió "No", durante la última semana, ¿en qué medida ha sido su piel un problema en su trabajo o para estudiar ?	Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Durante la última semana, ¿en qué medida ha creado problemas su piel con su pareja o cualquiera de sus amistades íntimas o parientes ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No pertinente <input type="checkbox"/>
9.	Durante la última semana, ¿en qué medida le ha causado su piel dificultades sexuales ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No pertinente <input type="checkbox"/>
10.	Durante la última semana, ¿en qué medida ha sido un problema el tratamiento de su piel? (por ejemplo, por ensuciarle la casa o tomarle mucho tiempo)	Muchísimo Mucho Un poco Nada en absoluto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No pertinente <input type="checkbox"/>

Por favor, verifique que contestó TODAS las preguntas. Muchas gracias.