

CUESTIONARIO DE ALERGIA CALIDAD DE VIDA

NOMBRE: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha de hoy: ___/___/___

OFICINA SOLAMENTE: QLQ de referencia: _____ 6 QLQ Mes: _____ 12 QLQ Mes: _____

Las preguntas a estos 16 síntomas, se utilizan para evaluar sus síntomas de alergia y el impacto que tienen en su calidad de vida. Cada una se basa en una escala de 1 a 10, donde 1 tiene muy poco impacto y 10 equivale a un fuerte impacto a alergias a lo largo de su vida. Por favor califique el siguiente texto:

	<	LEVE	>	<	MODERADO	>	<	GRAVES	>	
1. Acuosa, picazón/ Ardor en los ojos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Infecciones de oído/ supuraciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Sensibilidad nasal/ Drenaje	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Infecciones nasales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Sensibilidad en la Garganta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Toser o estornudar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Dolor de cabeza/ migraña	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Erupción/ Dermatitis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Infecciones respiratorias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Alteraciones del sueño	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Por favor indique el uso de sus medicamentos en general (Recetado /o adquirido en tiendas para controlar sus síntomas alérgicos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. En el último mes los efectos de sus alergias han sucedido en eventos sociales o en sus pasatiempos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. En el último mes los efectos de sus alergias han sucedido en su trabajo o escuela.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. En el último mes los síntomas de la alergia en general que ha experimentado son cuando ha estado cerca o en contacto con animales?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. En el último mes, Como calificaría sus síntomas de alergia, mas cuando se expone al aire libre?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. En el último mes, Como calificaría sus síntomas de alergia en general, cuando llega a casa o cuando realiza las tareas del hogar?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GRACIAS