

Identificación: \_\_\_\_\_

# Cuestionario sobre la calidad de vida de niños y jóvenes

Kid- & Kiddo-KINDL<sup>R</sup>  
Versión para los padres



Apreciada madre, apreciado padre:

Muchas gracias por haberse prestado a rellenar este cuestionario sobre el bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud de su hijo/a. A la hora de contestar las preguntas siguientes, queremos pedirles que tengan en cuenta las siguientes instrucciones.

- ⇒ lean cada pregunta detenidamente,
- ⇒ piensen en cómo se ha sentido su hijo/a durante la semana pasada,
- ⇒ haga en cada respuesta una cruz que crean mejor para su hijo/a.

Un ejemplo: 

Durante la semana pasada...

	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
... mi hijo se sintió a gusto en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi hijo es:  niño  niña

Edad del niño/a: \_\_\_\_\_ años

Usted es:  la madre  el padre  otra persona \_\_\_\_\_?

Rellenado el: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (día / mes / año)

## 1. Bienestar físico

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... mi hijo/a se ha sentido enfermo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... a mi hijo/a le ha dolido la cabeza o el estomago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mi hijo/a ha estado muy cansado/a y agotado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a ha tenido mucha fuerza y energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Bienestar emocional

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... mi hijo/a se ha reído y divertido mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mi hijo/a no ha tenido ganas para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mi hijo/a se ha sentido solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a ha tenido miedo y se ha sentido inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Autoestima

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... mi hijo/a se ha sentido orgulloso de sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mi hijo/a se ha gustado a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mi hijo/a se ha sentido bien consigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a ha tenido muchas buenas ideas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Familia

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... mi hijo/a se ha llevado bien con nosotros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mi hijo/a se ha sentido a gusto en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... hemos tenido fuertes discusiones o peleas en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a ha sentido que no le dejábamos tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Amigos

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... ha hecho mi hijo/a con amigos algunas cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mi hijo/a ha caído bien a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mi hijo/a se ha llevado bien con sus amigos/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a se ha sentido diferente de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Preescolar/Guardería

<i>En la semana pasada donde mi hijo en el colegio estuvo...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... mi hijo/a ha podido hacer bien las tareas escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... a mi hijo/a le han gustado las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... se ha preocupado mi hijo/a de su futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mi hijo/a ha tenido miedo se sacarse malas notas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. ¿Está su hijo/a en el hospital o hace mucho tiempo que está enfermo?**

**Si**

**No**

responda por favor las 6  
siguientes preguntas

bueno el cuestionario esta  
terminado

<i>Durante la semana pasada ...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... ha tenido mi hijo/a miedo de que su enfermedad se empeore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... debido a la enfermedad, estuvo mi hijo/a triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mi hijo/a no ha podido manejar bien su enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... debido a la enfermedad, hemos tratado a mi hijo/a como si fuese más pequeño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... mi hijo/a queria que nadie se enterara de su enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... mi hijo/a se ha perdido actividades en el colegio por culpa de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¡Muchas Gracias por su colaboración!**