

Cuestionario de calidad de vida para niños

Kid- & Kiddo-KINDL
Cuestionario de 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,
- ⇒ en cada línea, marca respuesta que creas mejor para su hijo/a.

Por 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: niña niño

Edad del niño/a: _____ años

Usted es: la madre el padre otra persona _____?

Cuestionario 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 sintió enfermo/a	<input type="checkbox"/>				
2. ... a mi hijo/a le dolió la cabeza o el estomago	<input type="checkbox"/>				
3. ... mi hijo/a estuvo muy cansado/a y agotado	<input type="checkbox"/>				
4. ... mi hijo/a tuvo mucha fuerza y energía	<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 rió y se divirtió mucho	<input type="checkbox"/>				
2. ... mi hijo/a no tuvo ganas para nada	<input type="checkbox"/>				
3. ... mi hijo/a se sintió solo/a	<input type="checkbox"/>				
4. ... mi hijo/a tuvo miedo y se sintió inseguro/a	<input type="checkbox"/>				

3. Autoestima

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

4. Familia

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

5. Amigos

<i>Durante la semana pasada...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... mi hijo/a hizo algunas cosas con amigos/as	<input type="checkbox"/>				
2. ... mi hijo/a les cayó bien a los demás	<input type="checkbox"/>				
3. ... mi hijo/a se llevó bien con sus amigos/as	<input type="checkbox"/>				
4. ... mi hijo/a se sintió diferente de los demás	<input type="checkbox"/>				

6. Colegio/Escuela

<i>Durante la semana pasada...</i>	nunca	casi nunca	algunas veces	casi siempre	siempre
1. ... mi hijo/a pudo hacer bien las tareas escolares	<input type="checkbox"/>				
2. ... a mi hijo/a le gustaron las clases	<input type="checkbox"/>				
3. ... mi hijo/a se preocupó de su futuro	<input type="checkbox"/>				
4. ... mi hijo/a tuvo miedo se sacarse malas notas	<input type="checkbox"/>				

¡Muchas gracias por su colaboración!