

Identificación: _____

Cuestionario sobre la calidad de vida de niños y jóvenes

Kid- & Kiddo-KINDL^R
Versión para los padres



Estimada madre, estimado padre:

Muchas gracias por haber aceptado completar este cuestionario sobre el bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud de su hijo/a.

A la hora de contestar las siguientes preguntas, queremos pedirle que tengan en cuenta las siguientes instrucciones.

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

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 _____?

Completado 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... a mi hijo/a le dolió la cabeza o la barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... mi hijo/a se sintió cansado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... mi hijo/a tuvo 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 río y divirtió mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... mi hijo/a estuvo desganado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... mi hijo/a se sintió solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	...mi hijo/a tuvo miedo y se sintió 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 sintió orgulloso/a de sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.mi hijo/a se gustó a sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... mi hijo/a se sintió bien consigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... mi hijo/a tuvo 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 llevó bien con nosotros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... mi hijo/a se sintió a gusto en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... tuvimos 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 sintió 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.	... mi hijo/a hizo cosas con otros/as niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... mi hijo/a les cayó bien a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... mi hijo/a se llevó bien con otros/as niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... mi hijo/a se sintió diferente a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Escuela /liceo

<i>Durante la semana pasada...</i>		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... mi hijo/a pudo hacer bien las tareas de la escuela/liceo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... a mi hijo/a le gustaron las clases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... mi hijo/a estuvo preocupado/a por su futuro cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... mi hijo/a tuvo miedo de 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/a ?

Si su respuesta es **SI**, conteste por favor las siguientes 6 preguntas

Si su respuesta es **NO**, entonces ya ha terminado

	<i>Durante la semana pasada...</i>	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	... mi hijo/a tuvo miedo de que su enfermedad empeorase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	... mi hijo/a estuvo triste por culpa de su enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	... mi hijo/a se las arregló bien con su enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	... debido a la enfermedad, traté 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 sintió que no quería que los demás se dieran cuenta de su enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	... mi hijo/a se perdió actividades en la escuela/liceo por culpa de su enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Muchas Gracias por su colaboración!