**Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire:** **Hepatitis C V2.1 (WPAI:Hepatitis C)**

**Cuestionario sobre los efectos negativos en la productividad laboral y las actividades: Hepatitis C, V2.1 (WPAI:Hepatitis C)**

Las siguientes preguntas se relacionan con el efecto que su hepatitis C tiene sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades regulares. *Por favor, complete los espacios en blanco o encierre con un círculo un número, según corresponda.*

1) ¿Está actualmente empleado/a (trabaja a sueldo)? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_ SÍ

*Si la respuesta es NO, marque “NO” y pase a la pregunta 6.*

Las siguientes preguntas se refieren a los **últimos siete días**, sin incluir el día de hoy.

2) Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a problemas asociados con su hepatitis C? *Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., a causa de su hepatitis C. No incluya el tiempo que le llevó participar en este estudio.*

\_\_\_\_\_ HORAS

3) Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a cualquier otra causa, tal como vacaciones, días feriados o tiempo que se tomó para participar en este estudio?

\_\_\_\_\_ HORAS

4) Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas trabajó realmente?

\_\_\_\_\_ HORAS *(Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).*

1. Durante los últimos siete días, ¿hasta qué punto fue afectada su productividad por su hepatitis C mientras estaba trabajando?

*Piense en los días en que estuvo limitado/a en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo realizar, los días en que logró hacer menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo realizar su trabajo con la dedicación habitual. Si la hepatitis C afectó poco su trabajo, elija un número bajo. Elija un número alto si la hepatitis C afectó mucho su trabajo.*

Solamente considere hasta qué punto la hepatitis C afectó
su productividad mientras estaba trabajando.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La hepatitis C no afectó mi trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | La hepatitis C me impidió completamente trabajar |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCIERRE EL NÚMERO CON UN CÍRCULO

1. Durante los últimos siete días, ¿hasta qué punto su hepatitis C afectó su capacidad para realizar las actividades diarias regulares, aparte de trabajar en un empleo?

*Por actividades regulares nos referimos a las actividades usuales que realiza, tales como tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, ejercicio, estudios, etc. Piense en las veces en que estuvo limitado/a en la cantidad o la clase de actividad que pudo realizar y en las veces en las que logró hacer menos de lo que hubiera querido. Si la hepatitis C afectó poco sus actividades, elija un número bajo. Elija un número alto si la hepatitis C afectó mucho sus actividades.*

Solamente considere hasta qué punto la hepatitis C afectó su capacidad
para realizar las actividades diarias regulares, aparte de trabajar en un empleo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| La hepatitis C no afectó mis actividades diarias regulares |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | La hepatitis C me impidió completamente desempeñar mis actividades diarias regulares |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ENCIERRE EL NÚMERO CON UN CÍRCULO