**Cuestionario sobre la alteración de las actividades y la productividad laboral:   
Melanoma V2.2 (WPAI:Melanoma)**

Las siguientes preguntas son acerca del efecto de su melanoma sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades cotidianas. *Por favor complete los espacios en blanco o haga un círculo alrededor de un número, según corresponda.*

1. ¿Está actualmente empleado (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.

1. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a sus problemas asociados con su melanoma? *Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., por causa de su melanoma. No incluya el tiempo que se tomó para participar en este estudio.*

\_\_\_\_\_ HORAS

1. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas de trabajo perdió debido a cualquier otra causa, tal como vacaciones, un día de fiesta o tiempo que se tomó para participar en este estudio?

\_\_\_\_\_ HORAS

1. Durante los últimos siete días, ¿cuántas horas realmente trabajó?

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

1. Durante los últimos siete días, ¿cuánto afectó su melanoma a su productividad mientras estaba trabajando?

Piense en los días en que estuvo limitado en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo realizar, los días que hizo menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo realizar su trabajo con la dedicación habitual. Si el melanoma afectó poco a su trabajo, escoja un número bajo. Escoja un número alto si el melanoma afectó mucho a su trabajo.

Solo considere cuánto afectó el melanoma a su productividad   
mientras estaba trabajando.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| El melanoma no afectó a mi trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | El melanoma me impidió completamente trabajar |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE UN NÚMERO

1. Durante los últimos siete días, ¿cuánto afectó su melanoma a su capacidad para realizar las actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo a sueldo?

Por actividades habituales, nos referimos a las actividades cotidianas que realiza, tales como tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, deportes, estudios, etc. Piense en las veces en que estuvo limitado en la cantidad o la clase de actividad que pudo realizar y en las veces en las que hizo menos de lo que hubiera querido. Si el melanoma afectó poco a sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si el melanoma afectó mucho a sus actividades.

Solo considere cuánto afectó el melanoma a su capacidad para realizar   
las actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo a sueldo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| El melanoma no afectó a mis actividades cotidianas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | El melanoma me impidió completamente hacer mis actividades cotidianas |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE UN NÚMERO