**Productividad laboral y efectos negativos sobre las actividades:
Melanoma V2.0 (WPAI:Melanoma)**

Las siguientes preguntas se relacionan con el efecto que el melanoma tiene sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades habituales. *Por favor seleccione la respuesta que corresponda.*

1. ¿Está actualmente empleado (recibe 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 problemas asociados con el melanoma? *Incluya las horas que faltó por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., debido al melanoma. No incluya el tiempo que perdió por participar en este estudio.*

\_\_\_\_\_ HORAS

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

\_\_\_\_\_ HORAS

1. 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, ¿cuánto afectó el melanoma 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 en que pudo hacer menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo realizar su trabajo con el esmero 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.*

|  |
| --- |
| Considere solamente cuánto el melanoma afectó su productividad mientras estaba trabajando. |
| El melanoma no afectó mi trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | El melanoma me impidió totalmente trabajar |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

SELECCIONE UN NÚMERO

1. Durante los últimos siete días, ¿cuánto afectó el melanoma a su capacidad para realizar las actividades diarias habituales, aparte del trabajo en su empleo?

*Por actividades habituales nos referimos a las actividades que realiza de costumbre, tales como tareas del hogar, compras, cuidado de los niños, ejercicios, estudios, etc. Piense en las veces que estuvo limitado en la cantidad o la clase de actividad que pudo realizar y en las veces que logró hacer 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.*

|  |
| --- |
| Considere solamente cuánto efecto tuvo el melanoma sobre su capacidad para realizar sus actividades diarias habituales, aparte del trabajo en su empleo. |
| El melanoma no afectó mis actividades diarias |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | El melanoma me impidió totalmente desempeñar mis actividades diarias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

SELECCIONE UN NÚMERO

WPAI: Melanoma V2.0 (Chile Spanish)