**Cuestionario sobre el deterioro de las actividades y la productividad laboral:**

**Hepatitis C, V2.1 (WPAI: Hepatitis C)**

Las siguientes preguntas se refieren al efecto que su hepatitis C tiene sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades cotidianas. *Sírvase llenar los espacios en blanco o encerrar un número en un círculo, según corresponda.*

1. ¿Tiene usted un empleo actualmente (es decir, le pagan por trabajar)? \_\_\_\_\_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 su hepatitis C? *Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., por causa de su hepatitis C. 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, días de fiesta o tiempo que pasó participando 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, ¿hasta qué punto la hepatitis C le afectó su productividad mientras estaba trabajando?

Piense en los días en que su capacidad estuvo limitada en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo hacer, 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, escoja un número bajo. Escoja un número alto si la hepatitis C afectó mucho su trabajo.

Tenga en cuenta únicamente el efecto de la hepatitis C en 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 UN NÚMERO EN UN CÍRCULO

1. Durante los últimos siete días, ¿hasta qué punto la hepatitis C le afectó su capacidad para realizar las actividades cotidianas normales, aparte de su empleo?

Por actividades cotidianas nos referimos a las actividades usuales que usted hace, tales como quehaceres del hogar, compras, cuidado de los niños, ejercicios, estudios, etc. Piense en las veces en que su capacidad estuvo limitada en cuanto a la cantidad o el tipo de actividad que pudo hacer y en las veces en las que logró hacer menos de lo que hubiera querido. Si la hepatitis C afectó poco sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si la hepatitis C afectó mucho sus actividades.

Tenga en cuenta únicamente el efecto de la hepatitis C en su
capacidad para realizar sus actividades cotidianas normales, aparte de su empleo.

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

ENCIERRE UN NÚMERO EN UN CÍRCULO

WPAI:Hep C V2.1 (Venezuela\_español)