

RetTSQs

Las siguientes preguntas son acerca de su experiencia con el tratamiento para sus problemas oculares por la diabetes – los problemas en los ojos que frecuentemente causa la diabetes.

Su tratamiento para los ojos incluye:

- **medicación (p. ej., pastillas, gotas para los ojos).**
- **consultas con el médico y en el hospital para controles y tratamiento láser o cirugía.**

En este cuestionario, por favor:

- **piense en el tratamiento para sus problemas en los ojos por la diabetes, y no para su diabetes en sí**
- **piense en su tratamiento para los ojos durante las últimas semanas/los últimos meses.**
- **conteste cada pregunta marcando con una “X” el casillero correspondiente a uno de los números del 6 al 0, o a veces del 7 al 0.**

NOT FOR USE: This is a shortened sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com

1. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con el tratamiento para sus problemas en los ojos por la diabetes?

- muy satisfecho/a 6 ☐
- 5 ☐
- 4 ☐
- 3 ☐
- 2 ☐
- 1 ☐
- muy insatisfecho/a 0 ☐

2. ¿Hasta qué punto cree que el tratamiento para sus problemas en los ojos por la diabetes está funcionando bien?

- muy bien 6 ☐
- 5 ☐
- 4 ☐
- 3 ☐
- 2 ☐
- 1 ☐
- muy mal 0 ☐

NOT FOR USE: This is a shortened sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com

3. ¿Hasta qué punto está preocupado/a por los efectos secundarios o secuelas del tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes?

- sin efectos secundarios o secuelas..... 7 ☐
- para nada preocupado/a..... 6 ☐
- 5 ☐
- 4 ☐
- 3 ☐
- 2 ☐
- 1 ☐
- muy preocupado/a 0 ☐

4. ¿Hasta qué punto está preocupado/a por las molestias o dolores debidos al tratamiento para sus problemas en los ojos por la diabetes?

- sin molestias 7 ☐
- para nada preocupado/a..... 6 ☐
- 5 ☐
- 4 ☐
- 3 ☐
- 2 ☐
- 1 ☐
- muy preocupado/a 0 ☐

NOT FOR USE: This is a shortened sample only.

For use of the full questionnaire, please contact info@healthpsychologyresearch.com