

RetTSQs

Las siguientes preguntas son sobre su experiencia del tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes (los problemas de los ojos que son frecuentemente causados por la diabetes).

Su tratamiento de los ojos incluye:

- medicamentos (p. ej., pastillas, gotas para los ojos).
- controles médicos y tratamiento láser o cirugía (con su doctor en un hospital o clínica).

En este cuestionario, por favor:

- Piense en el tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes, y no en el tratamiento para la diabetes en sí.
- Piense en su tratamiento de los ojos durante las últimas semanas/los últimos meses.
- Conteste cada pregunta poniendo una “X” en la casilla junto a uno de los números del 6 al 0 o 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. ¿Qué tan satisfecho/a está con el tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes?

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

2. ¿Qué tan bien siente que está funcionando el tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes?

- 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. ¿Qué tan molesto/a está por efectos secundarios o efectos después del tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes, si es que tiene alguno?

- no he tenido ninguno..... 7
- nada molesto/a 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- muy molesto/a 0

4. ¿Qué tan molesto/a está por alguna molestia o dolor del tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes?

- no he tenido molestias 7
- nada molesto/a 6
- 5
- 4
- 3
- 2
- 1
- muy molesto/a 0

NOT FOR USE: This is a shortened sample only.

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