

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).**
- **visitas con el doctor y al hospital para revisiones y tratamiento láser o cirugía.**

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 el cuadrado 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 usted 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 el tratamiento para sus problemas de los ojos por la diabetes está funcionando?

- 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 secuelas 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 molestia 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