

A continuación encontrará una lista de síntomas y consecuencias sociales y emocionales en relación a su trastorno nasal. Nos gustaría saber más sobre estos problemas y le agradeceríamos respondiera a las siguientes preguntas en la medida de su capacidad. No hay respuestas correctas o incorrectas, y solo usted puede proporcionarnos esta información. Por favor califique sus problemas en base a como han sido durante las últimas dos semanas. Gracias por su colaboración.

1: Teniendo en cuenta la gravedad y la frecuencia con que usted experimenta el problema, por favor califique cada uno de los puntos a continuación marcando con un círculo el número que se corresponde con la “gravedad/severidad” de su problema : →	Ningún Problema	Problema muy leve	Problema leve	Problema Moderado	Problema Grave/Severo	El problema ha llegado al máximo de su gravedad	Los 5 síntomas que mas afectan su salud o calidad de vida
1. Necesidad de sonarse la nariz	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
2. Congestión /Obstrucción nasal	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
3. Estornudos	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
4. Secreción nasal continua	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
5. Tos	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
6. Sensación de moco que cae por la parte posterior de la garganta	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
7. Secreción nasal espesa	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
8. Sensación de oído taponado	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
9. Mareos	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
10. Dolor de oídos	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
11. Dolor/Presión facial	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
12. Alteraciones del gusto/olfato	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
13. Dificultad para quedarse dormido	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
14. Se despierta durante la noche	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
15. Dormir mal por la noche	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
16. Se despierta cansado	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
17. Fatiga o cansancio	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
18. Disminución en el rendimiento/productividad	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
19. Disminución en la concentración	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
20. Frustrado/inquieto/irritable	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
21. Triste	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
22. Avergonzado	0	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>

2. Por favor the marcar los 5 síntomas o problemas que mas afectan su salud \_\_\_\_\_ ↑