

WIHSID#

b. ¿Cuándo se dio cuenta usted que tenía menos cabello? (Check one.)

- El año pasado
- Hace 5 años
- Hace 10 años
- En otra ocasión / especifique _____

c. ¿Cuántos años tenía usted cuando se dio cuenta que tenía menos cabello?

Edad: _____

d. ¿Su cabello se arranca fácilmente desde la raíz?

- Si
- No

e. ¿Su cabello se rompe fácilmente de las puntas?

- Si
- No

2. ¿Alguna vez ha tenido usted algunas partes de su cuero cabelludo totalmente sin cabello?

- Si
- No

a. Si la respuesta es Si, especifique desde cuando: _____

3. ¿Alguna vez ha perdido usted TODO el cabello de su cuero cabelludo?

- Si
- No

a. Si la respuesta es Si, especifique desde cuando: _____

b. Si la respuesta es Si, ¿Sabe usted por que sucedió esto? _____

4. ¿Alguna vez le ha dicho algún médico que usted tiene tipo de cuero cabelludo cicatrizante o perdida de cabello permanente?

- Si
- No

WIHSID#

5. ¿Alguna vez le ha dicho algún médico que usted tiene caspa o dermatitis seborreica en el cuero cabelludo?

- Si
- No

6. ¿Alguna vez le ha dicho algún médico que usted tiene soriasis en el cuero cabelludo?

- Si
- No

7. ¿Ha notado usted algún cambio en la textura de su cabello natural durante el año pasado? (Check one)

- Ningún cambio
- Más grueso
- Más fino
- Más lacio
- Más rizado

8. ¿Ha notado usted algún cambio en el tamaño de sus pestañas ahora comparado como cuando tenía 15 años? (Check one)

- Ningún cambio
- Más cortas
- Más largas
- Más lacias
- Más rizadas

a. Si la respuesta es Si, ¿cuándo empezó? _____

9. ¿Tiene usted comezón en su cuero cabelludo?

- Si
- No

10. ¿Tiene usted escamas en su cuero cabelludo?

- Si
- No

11. ¿Tiene usted alguna parte rojiza en su cuero cabelludo?

- Si
- No

WIHSID#

12. ¿Con que frecuencia generalmente usted se lava su cabello? (Check one.)

- Todos los días
- Cada otro día
- Cada unos cuantos días
- Una vez a la semana
- Cada dos semanas
- Cada unas cuantas semanas

13. ¿Ha usado usted pintura o tinte para cabello en los últimos 6 meses?

- Si
- No

14. ¿Se ha hecho usted permanente o se ha alaciado su cabello en los últimos 6 meses?

- Si
- No

15. ¿Con que frecuencia usted usa calor en su cabello (con secadora de pelo, tenazas para rizar, plancha para alaciar, secadora de cabello de salón de belleza)? (Check one.)

- Todos los días
- Cada otro día
- Cada unos cuantos días
- Una vez a la semana
- Cada dos semanas
- Cada unas cuantas semanas
- Nunca

16. ¿Hay algo más que usted quiera decirnos sobre su cabello?

17: TIME MODULE ENDED |_|_|:|_|_| AM.....1
PM.....2

PROMPT: SEND COMPLETED QUESTIONNAIRES FOR DATA ENTRY TO:
LIKKE CHANDRA
405 IRVING STREET
SAN FRANCISCO, CA 94122