



Cuestionario estandarizado internacional

(Short version of Questionnaire of Olfactory Disorders–Negative Statements)

Nombre:

Fecha:

Señale la puntuación que sea más representativa de cada opción
(0 nada, 1 poco, 2 regular, 3 mucho)

Los cambios en la percepción de los olores me aíslan socialmente	
Mi problema del olfato tiene un impacto negativo sobre mis actividades sociales cotidianas	
Mi problema de olfato me altera mi carácter y estoy más irritable	
Por culpa de mi problema de olfato voy menos a comer a restaurantes	
Por culpa de mi pérdida de olfato, como menos cantidad que antes (pérdida de apetito)	
A causa de mi problema de olfato, tengo más dificultad para relajarme y estar tranquilo	
Tengo miedo de no acostumbrarme a mi problema de olfato	
Puntuación Sv QODNS:	