



Reprinted with permission from FACIT.org and David Cella, Ph.D.

**Permission to use this questionnaire must be obtained** from FACIT.org ([www.facit.org](http://www.facit.org); [information@facit.org](mailto:information@facit.org)).

Reproducido con el permiso de FACIT.org y del Dr. David Cella. Es necesario **solicitar un permiso de uso** para utilizar este cuestionario, a FACIT.org: [www.facit.org](http://www.facit.org) [information@facit.org](mailto:information@facit.org)

# NCCN-FACT FBSI-16

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

|                   |     | Nada                                                                                          | Un poco | Algo | Mucho | Muchísimo |   |
|-------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|-------|-----------|---|
| D<br>R<br>S-<br>P | GP1 | Me falta energía.....                                                                         | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GP4 | Tengo dolor .....                                                                             | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GP6 | Me siento enferma .....                                                                       | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | B1  | Me ha faltado el aire para respirar .....                                                     | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GP3 | Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia..... | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | HI7 | Me siento agotada.....                                                                        | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | BP1 | Tengo dolor de huesos.....                                                                    | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
| D<br>R<br>S-<br>E | GF5 | Duermo bien .....                                                                             | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GE6 | Me preocupa que mi enfermedad empeore ...                                                     | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GP2 | Tengo náuseas .....                                                                           | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | N6  | Tengo llagas dentro de la boca .....                                                          | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GP5 | Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....                                      | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
| T<br>S<br>E       | B5  | Me molesta la pérdida de cabello .....                                                        | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GF1 | Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar).....                                          | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GF3 | Puedo disfrutar de la vida .....                                                              | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
|                   | GF7 | Estoy satisfecha con mi calidad de vida actual .....                                          | 0       | 1    | 2     | 3         | 4 |
| F<br>W<br>B       |     |                                                                                               |         |      |       |           |   |
|                   |     |                                                                                               |         |      |       |           |   |

DRS-P=Disease-Related Symptoms Subscale – Physical  
DRS-E=Disease-Related Symptoms Subscale – Emotional  
TSE=Treatment Side Effects Subscale  
FWB=Function and Well-Being Subscale

Spanish (Universal)  
Copyright 2001

21 March 2012  
Page 2 of 1