



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; 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
information@facit.org

NCCN-FACT FKS1-19

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
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
C2	Estoy bajando de peso	0	1	2	3	4
HI7	Me siento agotado(a)	0	1	2	3	4
B1	Me ha faltado el aire para respirar	0	1	2	3	4
BRM3	Tengo episodios de fiebre que me molestan...	0	1	2	3	4
BP1	Tengo dolor de huesos.....	0	1	2	3	4
L2	He estado tosiendo.....	0	1	2	3	4
HI12	Siento debilidad en todo el cuerpo	0	1	2	3	4
RCC 2	He tenido sangre en la orina	0	1	2	3	4
C6	Tengo buen apetito	0	1	2	3	4
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
C5	Tengo diarrea.....	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	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 satisfecho(a) con mi calidad de vida actual.....	0	1	2	3	4

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

09 July 2010
 Page 2 of 1