



200 First Street SW
Rochester, Minnesota 55905
507-284-2511

~~27 de noviembre de 2023~~ ~~15 de octubre de 2018~~

«First_Name» «Last_Name»
«Current_address_line1» «Current_address_line2»
«City», «State» «Zip_code»

Estimado/a «First_Name» «Last_Name»:

Le agradecemos por tomarse el tiempo de hablar con nosotros sobre su salud, como parte de nuestro estudio continuo.

Cuando sea conveniente para usted, por favor llene el (los) siguiente(s) documento(s):

(Los documentos incluidos en esta carta se indican a continuación)

Cuestionario de seguimiento LEO a los 12 meses

Cuando haya completado el (los) cuestionario(s), por favor devuélvalo(s) en el (los) sobre(s) adjunto(s) con porte pagado.

Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial y no formará parte de su expediente médico. Si en algún momento usted tuviese preguntas respecto a este estudio, por favor no dude en comunicarse al 1-800-610-7093.

Reciba nuestro agradecimiento, porque apreciamos mucho su participación.

Atentamente,

El equipo de investigación sobre el linfoma



ESTA PÁGINA
QUEDA
EN BLANCO A
PROPÓSITO

Fecha en la que se completa el formulario	____/____/____ (mes/día/año completo)
¿Cuánto pesa actualmente?	_____ libras
¿Ha recibido nuevo tratamiento para el linfoma?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde recibió tratamiento:
¿Ha sufrido una recaída o ha avanzado la enfermedad?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde se detectó la recaída o el avance de la enfermedad:
¿Le han hecho una tomografía computarizada o una exploración por PET para evaluar el estado del linfoma?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde se hizo el examen:
¿Le han diagnosticado otro tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde se diagnosticó el cáncer:
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cardiopatía coronaria o ataque cardíaco (incluye estent) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Enfermedad del pericardio o miocardiopatía <input type="checkbox"/> Enfermedad de las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Problemas con el ritmo cardíaco (arritmias o fibrilación auricular) <input type="checkbox"/> Otras enfermedades cardíacas
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Diabetes	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione abajo el tipo) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tipo desconocido

Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Hepatitis	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> No lo sé
Otros problemas del hígado	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Enfermedad no alcohólica del hígado
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Colitis
Sinusitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Herpes zóster (culebrilla)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Osteoporosis (huesos frágiles)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fractura de cadera (rotura de cadera)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otras fracturas de huesos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Menopausia prematura	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No aplica
Infertilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a depresión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a ansiedad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a problemas con la memoria?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT), coágulo en (¿brazos?), piernas o abdomen <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (PE), coágulo en los pulmones
-------------------	---

¿Toma actualmente algún anticoagulante? (Sin contar aspirina o Plavix)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (indique abajo el tipo) <input type="checkbox"/> Coumadin (Warfarin) <input type="checkbox"/> enoxaparina (Lovenox) <input type="checkbox"/> dabigatrán (Pradaxa) <input type="checkbox"/> apixabán (Eliquis) <input type="checkbox"/> rivaroxabán (Xarelto) <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> Otro
¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 6 meses?	_____ (cantidad de veces; si es cero, escriba 0)
¿Ha ingresado al hospital durante la noche en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) MOTIVO: <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tratamiento para cáncer <input type="checkbox"/> Otro:

Las siguientes preguntas son acerca de las diferentes maneras en las que el linfoma, el tratamiento o los efectos duraderos del tratamiento han afectado su trabajo, es decir, sus horas de trabajo, sus responsabilidades o su estado laboral.

Mientras responde las preguntas, por favor piense en todo el tiempo que ha transcurrido desde la primera vez que le diagnosticaron linfoma hasta ahora.

En algún momento, entre la primera vez que se le diagnosticó linfoma y ahora, ¿trabajaba usted en un empleo o negocio?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
En caso de responder SÍ a la pregunta anterior: en algún momento desde el diagnóstico, ¿pidió permiso laboral prolongado con pago, permiso laboral sin pago, o tuvo que cambiar sus horas de trabajo, sus responsabilidades o su estado laboral?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No aplica
Debido a su linfoma, el tratamiento o los efectos duraderos del tratamiento, ¿pidió alguna de las personas encargadas de su cuidado permiso laboral prolongado con pago, permiso laboral sin pago, o tuvo que cambiar las horas de trabajo, las responsabilidades o el estado laboral?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha tenido <u>usted</u> o alguna de las personas encargadas de su cuidado que tomar otro trabajo o que hacer horas extras debido a su linfoma, al tratamiento o a los efectos duraderos del tratamiento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

****Por favor responda en base a lo que haya ocurrido desde el último seguimiento (fecha)****

¿Ha tenido usted o alguien de su familia que pedir un préstamo de dinero o que endeudarse debido a su linfoma, al tratamiento o a los efectos duraderos del tratamiento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tuvo usted o su familia que declararse en bancarrota debido a su linfoma, al tratamiento o a los efectos duraderos de tratamiento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Por favor piense en las citas médicas para el linfoma, el tratamiento o los efectos duraderos del tratamiento: ¿fue alguna vez imposible para usted pagar su parte del costo de las visitas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>En todo momento desde que le diagnosticaron linfoma, ¿se le han hecho todos los exámenes médicos y se le ha dado toda la atención o los tratamientos que usted o su médico consideraban necesarios?</p> <p><input type="checkbox"/> No. En ese caso, por favor marque la razón en la columna derecha (marque todo lo que aplique)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. Pase a la siguiente pregunta.</p>	<input type="checkbox"/> No pude pagar por la atención médica. <input type="checkbox"/> El seguro de salud no autorizó el pago por la atención médica. <input type="checkbox"/> Tuve problemas para llegar donde el médico. <input type="checkbox"/> El médico no aceptó el seguro de salud. <input type="checkbox"/> No pude conseguir permiso en el trabajo. <input type="checkbox"/> No supe dónde ir para recibir atención médica. <input type="checkbox"/> No pude conseguir cuidado para los niños o adultos a mi cargo. <input type="checkbox"/> No tuve tiempo, porque la atención médica, los exámenes y el tratamiento llevan mucho tiempo. <input type="checkbox"/> Otra razón.
¿Tuvo usted o su familia que hacer algún otro tipo de sacrificio económico debido a su linfoma, al tratamiento o a los efectos duraderos del tratamiento?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Le ha preocupado alguna vez tener que pagar facturas médicas muy caras por su linfoma?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<p>Preguntamos acerca de la situación económica de los participantes porque creemos que es importante entender cómo difiere la experiencia del linfoma y del tratamiento entre personas con distintos antecedentes. Por favor indique en las categorías que aparecen sobre la derecha cuál es el ingreso anual de su casa. Inclúyase a sí mismo y a todos los demás que vivan con usted y comparten los gastos.</p>	<input type="checkbox"/> Menos de \$21,000 <input type="checkbox"/> \$21,000 a \$39,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 a \$65,999 <input type="checkbox"/> \$66,000 a \$105,999 <input type="checkbox"/> \$106,000 o más <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

<p>Por favor encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor refleje su respuesta a las siguientes descripciones de sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy.</p>											
Su calidad de vida en general											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Lo PEOR posible											Lo MEJOR posible

«LEO_ID»

«LOCAL_ID»

TIMEPOINT: «timepoint»

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. Abajo consta una lista de lo que otras personas con su misma enfermedad han dicho que es importante. En cada fila, encierre en un círculo solamente el número que indique cuán cierto ha sido cada punto para usted en los últimos 7 días.

∴ BIENESTAR FÍSICO	Nada Para nada	Un poco Un pequito	Algo Un tanto	Mucho Bastante	Muchísimo
<u>Me falta energía</u> Me falta la energía	0	1	2	3	4
Tengo náuseas	0	1	2	3	4
<u>Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.</u> Debido a mi estado físico, tengo problemas para atender las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
<u>Tengo Siente</u> dolor	0	1	2	3	4
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
Me veo obligado a estar en cama	0	1	2	3	4

∴ BIENESTAR SOCIAL Y/O FAMILIAR	Nada Para nada	Un poco Un pequito	Algo Un tanto	Mucho Bastante	Muchísimo
Me siento cercano(a) a mis amigos	0	1	2	3	4
<u>Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.</u> Mi familia me brinda apoyo emocional	0	1	2	3	4
<u>Recibo apoyo por parte de mis amistades.</u> Recibo apoyo de mis amigos	0	1	2	3	4
Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
<u>Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad.</u> Estoy satisfecho con la comunicación que mantengo con mi familia respecto a mi enfermedad	0	1	2	3	4
<u>Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo).</u> Me siento cercano a mi pareja (o a quien es mi principal apoyo)	0	1	2	3	4
<i>Independientemente de su nivel de actividad sexual actual, por favor responda la siguiente pregunta. Si prefiere no responder, por favor marque esta casilla <input type="checkbox"/> y pase a la siguiente sección.</i>					

Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días. En cada fila, encierre en un círculo solamente el número que indique cuán cierto ha sido cada punto para usted **en los últimos 7 días.**

∴ BIENESTAR EMOCIONAL	Nada Para nada	Un poco Un poquito	Algo Un tanto	Mucho Bastante	Muchísimo
Me siento triste	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho(a) de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad Estoy satisfecho con la forma en la que lidio con mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi Estoy perdiendo la esperanza en esta lucha contra la enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento nervioso(a) Estoy nervioso	0	1	2	3	4
Me preocupa morir	0	1	2	3	4
Me preocupa que mi enfermedad empeore Me preocupa que mi afección empeore	0	1	2	3	4

En cada fila, encierre en un círculo solamente el número que indique cuán cierto ha sido cada punto para usted **en los últimos 7 días.**

∴ BIENESTAR FUNCIONAL	Para nada	Un poquito	Un tanto	Bastante	Muchísimo
Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar) Puedo trabajar (tanto en el trabajo como en casa)	0	1	2	3	4
Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar) Mi trabajo (incluso el trabajo en casa) es gratificante	0	1	2	3	4
Puedo disfrutar de la vida Disfruto la vida	0	1	2	3	4
He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
Duermo bien	0	1	2	3	4
Disfruto con mis pasatiempos de siempre Disfruto de todo lo que	0	1	2	3	4

Epidemiología del linfoma y resultados (LEO): cuestionario de seguimiento (12, 24, 36 meses)

****Por favor responda en base a lo que haya ocurrido desde el último seguimiento (fecha)****

normalmente hago para divertirme					
Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual En este momento, estoy contento con mi calidad de vida	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días. En cada fila, encierre en un círculo solamente el número que indique cuán cierto ha sido cada punto para usted en los últimos 7 días.

***OTROS PROBLEMAS	<u>Nada Para nada</u>	<u>Un poco Un pequito</u>	<u>Algo Un tanto</u>	<u>Mucho Bastante</u>	Muchísimo
Siento dolor en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
Me molestan los bultos (bolitas) o la hinchazón de ciertas partes de mi cuerpo (por ejemplo: cuello, axila e ingle)	0	1	2	3	4
Siento molestias por las protuberancias o la hinchazón que tengo en algunas partes de mi cuerpo (por ejemplo: en el cuello, las axilas o la ingle) Me molestan las fiebres (especialmente cuando la temperatura corporal es alta)	0	1	2	3	4
Tengo episodios de fiebre que me molestan Tengo sudores nocturnos	0	1	2	3	4
Me molesta la comezón o picazón	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para dormir por las noches Tengo problemas para dormir por la noche	0	1	2	3	4
Me canso con fácilmente facilidad	0	1	2	3	4
Estoy bajando de peso Estoy perdiendo peso	0	1	2	3	4
He perdido el apetito Mi apetito ha disminuido	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para concentrarme	0	1	2	3	4
Me preocupa contraer infecciones	0	1	2	3	4
Me preocupa que se presenten síntomas nuevos asociados con mi enfermedad Me preocupa presentar nuevos síntomas debido a mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento aislado(a) de otras personas debido a mi enfermedad o al tratamiento Me siento aislado de los demás debido a mi enfermedad o al tratamiento	0	1	2	3	4
Tengo altas y bajas emocionales Tengo altibajos	0	1	2	3	4

«LEO_ID»

«LOCAL_ID»

TIMEPOINT: «timepoint»

emocionales					
Debido a mi enfermedad, me resulta difícil hacer planes para el futuro	0	1	2	3	4
Es difícil para mí hacer planes para el futuro debido a mi enfermedad					