

Fecha en la que se completa el formulario	____/____/____ ((dd/mm/aaaa))
¿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 debajo) Nombre de la clínica o del hospital donde recibió el tratamiento:
¿Ha sufrido una recaída o ha avanzado la enfermedad?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda debajo) Nombre de la clínica o del 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 debajo) Nombre de la clínica o del 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 debajo) Nombre de la clínica o del hospital donde se diagnosticó el cáncer: _____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todas las opciones que correspondan) <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 debajo el tipo) <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 todas las opciones que correspondan) <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 todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> No lo sé
Otros problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Esteatosis hepática no alcohólica
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todas las opciones que correspondan) <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 acudió a un profesional de atención médica debido a problemas de depresión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o acudió a un profesional de atención médica debido a problemas de ansiedad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o acudió a un profesional 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, coágulo en (¿brazos?), piernas o abdomen <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (PE), coágulo en los pulmones
¿Toma actualmente algún anticoagulante? (Además de sin contar aspirina o Plavix)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (indique debajo el tipo) <input type="checkbox"/> Coumadin (warfarina) <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 cayó/ha caído en los últimos 6 meses?	_____ (Cantidad de veces; si es cero, escriba 0)
¿Ha pasado ingresado al hospital durante la noche en el hospital en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) MOTIVO: <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tratamiento contra el para cáncer <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿Ha usado alguno de los siguientes productos durante 12 meses o más?	
Cigarro (puro)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años? _____ años
Pipa	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años? _____ años
Rapé	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años? _____ años
Tabaco de mascar	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años? _____ años

¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) <input type="checkbox"/> No sé/No estoy seguro/a (pasar a la siguiente sección)
Si la respuesta es “Sí”, ¿cuántos años tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos con regularidad?	____ años
En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó o fuma al día?	<input type="checkbox"/> De 1 a 10 al día <input type="checkbox"/> De 11 a 20 al día <input type="checkbox"/> De 21 a 30 al día <input type="checkbox"/> De 31 a 40 al día <input type="checkbox"/> 41 o más al día
¿Fuma actualmente?	<input type="checkbox"/> No ¿cuántos años tenía cuando dejó de fumar? ____ años <input type="checkbox"/> Sí

¿Vivió alguna vez en una casa en la que alguien fumaba cigarrillos con regularidad?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Sí (responda debajo) <input type="checkbox"/> No sé/No estoy seguro/a (pasar a la siguiente sección)	
Si la respuesta es “Sí”, ¿durante cuántos años?	____ años	
Indique la cantidad de exposición pasiva diaria que tuvo al humo según la cantidad aproximada de cigarrillos o cajetillas que fumaban las personas de su casa	<input type="checkbox"/> De 1 a 10 cigarrillos al día (hasta media cajetilla) <input type="checkbox"/> De 11 a 20 cigarrillos al día (de media y 1 cajetilla) <input type="checkbox"/> De 21 a 40 cigarrillos al día (de 1 y 2 cajetillas) <input type="checkbox"/> De 41 a 60 cigarrillos al día (de 2 y 3 cajetillas) <input type="checkbox"/> Más de 60 cigarrillos al día (3 cajetillas o más)	
¿A qué edades estuvo expuesto/a de manera pasiva al humo de cigarrillos en su casa? (Marque todas las opciones que correspondan).	<input type="checkbox"/> A los 5 años o menos <input type="checkbox"/> Entre los 5 y los 9 años <input type="checkbox"/> Entre los 10 y los 19 años <input type="checkbox"/> Entre los 20 y los 29 años <input type="checkbox"/> Entre los 30 y los 39 años	<input type="checkbox"/> Entre los 40 y los 49 años <input type="checkbox"/> Entre los 50 y los 59 años <input type="checkbox"/> Entre los 60 y los 69 años <input type="checkbox"/> Entre los 70 y los 79 años <input type="checkbox"/> A los 80 años o más

¿Trabajó alguna vez en un lugar en el que otras personas fumaban con regularidad en su presencia?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) <input type="checkbox"/> No sé/No estoy seguro/a (pasar a la siguiente sección)										
Si la respuesta es “Sí”, ¿durante cuántos años?	_____ años										
Indique la cantidad de exposición pasiva diaria al humo que tuvo según la cantidad aproximada de cigarrillos o cajetillas que fumaban las personas de su trabajo.	<input type="checkbox"/> De 1 a 10 cigarrillos al día (hasta media cajetilla) <input type="checkbox"/> De 11 a 20 cigarrillos al día (de media y 1 cajetilla) <input type="checkbox"/> De 21 a 40 cigarrillos al día (de 1 y 2 cajetillas) <input type="checkbox"/> De 41 a 60 cigarrillos al día (de 2 y 3 cajetillas) <input type="checkbox"/> Más de 60 cigarrillos al día (3 cajetillas o más)										
¿A qué edades estuvo expuesto/a de manera pasiva al humo de cigarrillos en el trabajo? (Marque todas las que correspondan).	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> A los 5 años o menos</td> <td><input type="checkbox"/> Entre los 40 y los 49 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entre los 5 y los 9 años</td> <td><input type="checkbox"/> Entre los 50 y los 59 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entre los 10 y los 19 años</td> <td><input type="checkbox"/> Entre los 60 y los 69 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entre los 20 y los 29 años</td> <td><input type="checkbox"/> Entre los 70 y los 79 años</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Entre los 30 y los 39 años</td> <td><input type="checkbox"/> A los 80 años o más</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> A los 5 años o menos	<input type="checkbox"/> Entre los 40 y los 49 años	<input type="checkbox"/> Entre los 5 y los 9 años	<input type="checkbox"/> Entre los 50 y los 59 años	<input type="checkbox"/> Entre los 10 y los 19 años	<input type="checkbox"/> Entre los 60 y los 69 años	<input type="checkbox"/> Entre los 20 y los 29 años	<input type="checkbox"/> Entre los 70 y los 79 años	<input type="checkbox"/> Entre los 30 y los 39 años	<input type="checkbox"/> A los 80 años o más
<input type="checkbox"/> A los 5 años o menos	<input type="checkbox"/> Entre los 40 y los 49 años										
<input type="checkbox"/> Entre los 5 y los 9 años	<input type="checkbox"/> Entre los 50 y los 59 años										
<input type="checkbox"/> Entre los 10 y los 19 años	<input type="checkbox"/> Entre los 60 y los 69 años										
<input type="checkbox"/> Entre los 20 y los 29 años	<input type="checkbox"/> Entre los 70 y los 79 años										
<input type="checkbox"/> Entre los 30 y los 39 años	<input type="checkbox"/> A los 80 años o más										

En el último mes, calificaría mi actividad en general así:	<input type="checkbox"/> Normal, sin limitaciones <input type="checkbox"/> No es como de costumbre, pero puedo desplazarme de un lado al otro y hacer actividades relativamente normales <input type="checkbox"/> No me siento capaz de hacer la mayoría de las cosas, pero estoy acostado/a o sentado/a menos de la mitad del día <input type="checkbox"/> Puedo hacer poca actividad y paso casi todo el día acostado/a o sentado/a <input type="checkbox"/> Estoy acostado/a prácticamente todo el tiempo; rara vez me levanto de la cama
¿Cuál de los siguientes lo/a describe mejor?	<input type="checkbox"/> <u>Trabajo a tiempo completo en un empleo pagado (35 horas o más de trabajo a la semana)</u> <input type="checkbox"/> <u>Trabajo a tiempo parcial en un empleo pagado</u> <input type="checkbox"/> <u>No trabajo actualmente en un empleo pagado</u> Indique si usted... (Marque todas las que correspondan). <input type="checkbox"/> Es amo o ama de casa a tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiene un empleo de temporada <input type="checkbox"/> Está estudiando <input type="checkbox"/> Es discapacitado <input type="checkbox"/> Está jubilado <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____
Indique si actualmente...	<input type="checkbox"/> Está casado <input type="checkbox"/> Convive con otra persona en una relación semejante a la matrimonial <input type="checkbox"/> Está separado <input type="checkbox"/> Está divorciado <input type="checkbox"/> Es viudo <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado

Epidemiología del linfoma y resultados (LEO): cuestionario de seguimiento (3 años)

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

Encierre con un círculo solo un (1) número por línea para indicar la respuesta que corresponde <u>a los últimos 7 días</u>					
	Nunca	Rara vez (una vez)	Algunas veces (dos o tres veces)	A menudo (más o menos una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)
Mi pensamiento ha sido lento	1	2	3	4	5
He sentido que mi cerebro no funciona como de costumbre	1	2	3	4	5
He tenido que esforzarme más que de costumbre para seguir el hilo de lo que estaba haciendo	1	2	3	4	5
Tuve problemas para alternar entre diferentes actividades que requieren pensar	1	2	3	4	5

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.**

Su calidad de vida en general

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lo PEOR posible						Lo MEJOR posible				

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Encierre con un círculo un (1) número por línea para indicar la respuesta que corresponde **a los últimos 7 días**

∴ BIENESTAR FÍSICO	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me falta energía	0	1	2	3	4
Tengo náuseas	0	1	2	3	4
Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.	0	1	2	3	4
Tengo dolor	0	1	2	3	4
Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
Me siento enfermo	0	1	2	3	4
Me veo obligado a estar en cama	0	1	2	3	4

∴ BIENESTAR SOCIAL Y/O FAMILIAR	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento cercano a mis amigos	0	1	2	3	4

«LEO_ID»

«LOCAL_ID»

TIMEPOINT: «timepoint»

Epidemiología del linfoma y resultados (LEO): cuestionario de seguimiento (3 años)

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

Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento cercano a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de 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

Encierre con un círculo un (1) número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

∴ BIENESTAR EMOCIONAL	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Me siento triste	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento nervioso	0	1	2	3	4
Me preocupa morir	0	1	2	3	4
Me preocupa que mi enfermedad 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)	0	1	2	3	4
Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4

Epidemiología del linfoma y resultados (LEO): cuestionario de seguimiento (3 años)

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

Duermo bien	0	1	2	3	4
Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde **a los últimos 7 días**

***OTROS PREOCUPACIONES	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
Me molestan los bultos o la hinchazón de ciertas partes de mi cuerpo (por ejemplo: cuello, axilas la ingle)	0	1	2	3	4
Tengo episodios de fiebre que me molestan	0	1	2	3	4
Tengo sudoraciones nocturnas	0	1	2	3	4
Me molesta la comezón o picazón	0	1	2	3	4
Tengo dificultad para dormir por las noches	0	1	2	3	4
Me canso fácilmente	0	1	2	3	4
Estoy bajando de peso	0	1	2	3	4
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 relacionados con mi enfermedad	0	1	2	3	4
Me siento aislado de otras personas debido a mi enfermedad o al tratamiento	0	1	2	3	4
Tengo altibajos emocionales	0	1	2	3	4
Debido a mi enfermedad, me resulta difícil hacer planes para el futuro	0	1	2	3	4

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 .	
Me preocupan los problemas económicos que tendré en el futuro como consecuencia de mi enfermedad o tratamiento	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo
Estoy satisfecho con mi situación económica actual	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo
Siento que tengo dificultades económicas	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo
El cáncer o el tratamiento han hecho que sienta menos satisfacción con mi situación económica actual	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Muchísimo
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.	<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

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario.

Si en algún momento tiene preguntas, no dude en comunicarse al 1-800-610-7093.