

Inventario Breve sobre la Fatiga

ESTUDIO #: _____

HOSPITAL #: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Hora: _____

Nombre: _____

Apellido(s)

Nombre(s)

Durante el transcurso de nuestras vidas, la mayoría de nosotros tenemos momentos en que nos sentimos cansados o fatigados. ¿Se sintió usted muy cansado (fatigado) durante la semana pasada? Sí No

1. Por favor, califique su fatiga (cansancio) haciendo un círculo alrededor del número que describe su fatiga EN ESTE MOMENTO.

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ninguna Fatiga | | | | | | | | | | La peor fatiga que se puede imaginar |

2. Por favor, califique su fatiga (cansancio) haciendo un círculo alrededor del número que describe su fatiga USUAL durante las últimas 24 horas.

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ninguna Fatiga | | | | | | | | | | La peor fatiga que se puede imaginar |

3. Por favor, califique su fatiga (cansancio) haciendo un círculo alrededor del número que describe su fatiga PEOR durante las últimas 24 horas.

| | | | | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Ninguna Fatiga | | | | | | | | | | La peor fatiga que se puede imaginar |

4. Haga un círculo alrededor del número que mejor describe la manera en que su fatiga ha interferido, durante las últimas 24 horas, con su:

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| A. Actividad en general | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No interfiere | | | | | | | | | | Interfiere por completo |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| B. Estado de ánimo | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No interfiere | | | | | | | | | | Interfiere por completo |

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| C. Capacidad para caminar | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No interfiere | | | | | | | | | | Interfiere por completo |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| D. Trabajo normal (ya sea en casa o afuera del hogar) | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No interfiere | | | | | | | | | | Interfiere por completo |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| E. Relaciones con otras personas | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No interfiere | | | | | | | | | | Interfiere por completo |

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| F. Capacidad de diversión (disfrutar la vida) | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| No interfiere | | | | | | | | | | Interfiere por completo |

Copyright 1999
The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center
All rights reserved.