

Planilla de efectos secundarios de la quimioterapia

Los medicamentos o fármacos que destruyen las células cancerosas se llaman quimioterapia del cáncer (quimio). La quimioterapia se diferencia de la cirugía o de la radiación dado que trata el cuerpo entero. A menudo la quimioterapia se combina con otras formas de tratamiento, tales como cirugía, radiación o terapias biológicas.

Como todos los tratamientos contra el cáncer, los fármacos de quimioterapia tienen efectos secundarios, algunos de los cuales pueden ser graves. Es importante dar seguimiento a cualquier efecto secundario que esté teniendo para que su equipo de atención del cáncer pueda ayudarle a manejarlo. Esta planilla le ayudará a hacerlo.

En las páginas siguientes se detallan los efectos secundarios más comunes que presentan los pacientes que reciben quimioterapia.

- Puede que usted no presente ninguno, presente alguno o todos estos efectos secundarios, o bien pueden que tenga efectos secundarios que no se enumeran aquí.
- Con cada efecto secundario que se enumera, se brindan sugerencias sobre cómo describir dichos efectos a su médico.
- Algunos efectos secundarios son más graves que otros.
- **Pregunte a su médico sobre qué efectos secundarios necesita estar informado de inmediato.** Anótelos en la última página.

Imprima una planilla nueva para cada semana en la que esté recibiendo tratamiento y lleve la planilla con usted cuando va a una cita médica.

Cómo usar esta planilla

- Esta planilla abarca 7 días de un ciclo de quimioterapia. Será necesario que imprima planillas adicionales para cada semana de su ciclo.
- Complete los días del ciclo de terapia (por ejemplo, el día en que inicia la terapia es el Día 1) y las fechas para la semana.
- Para cada día del ciclo, repase en forma descendente la columna para ese día y marque la casilla apropiada que describe la severidad de cada efecto secundario. Si no tiene un efecto secundario en particular, marque la casilla “Ninguno”.
- Anote los medicamentos que tomó para tratar el efecto secundario, si corresponde.
- **Si tiene un efecto secundario que se puede describir como “severo”, informe a su médico de inmediato.**

Asegúrese de hablar con su equipo de atención del cáncer sobre qué efectos secundarios son más comunes con su quimio, cuánto podrían durar, qué tan graves podrían ser y cuándo debería llamar al consultorio médico por los mismos.



Planilla de efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo # _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
Fiebre/escalofríos: Anote su temperatura más elevada para el día. Ninguno: Temperatura de 98.6 °F (36.6 °C) Leve: Fiebre de 98.6 °F (36.6 °C) a 100.4 °F (38 °C) Moderado: Fiebre de 100.4 °F (38 °C) a 104 °F (40 °C)* Severo: Fiebre más alta de 104 °F (40 °C)*	Temperatura máxima: _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Temperatura máxima: _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Temperatura máxima: _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Temperatura máxima: _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Temperatura máxima: _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Temperatura máxima: _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	Temperatura máxima: _____ °F <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Fatiga o cansancio (sentirse débil): Ninguno Leve: Puede hacer las actividades normales con un poco de esfuerzo Moderado: Está en la cama menos de la mitad del día Severo: Está en la cama más de la mitad del día*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Náuseas: Ninguno Leve: Puede comer Moderado: Come y bebe menos de lo normal Severo: No puede comer ni beber*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Vómitos: Ninguno Leve: Vomitó una vez durante el día Moderado: Vomitó de 2 a 5 veces durante el día* Severo: Vomitó 6 o más veces durante el día*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Afecciones bucales: Ninguno Leve: Dolor o llagas sin dolor Moderado: Dolor o llaga dolorosa pero puede comer* Severo: Llaga dolorosa y no puede comer*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
*Informe esto a su médico de inmediato.							



Planilla de efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo # _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
Diarrea: Anote el número de evacuaciones al día. Ninguno Leve: Heces sueltas Moderado: Heces acuosas, mucho más de lo normal Severo: Evacuaciones constantes o sanguinolentas, que hacen que se sienta mareado*	# de evacuaciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	# de evacuaciones: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Estreñimiento: Ninguno Leve: No evacúa hace 2 días Moderado: No evacúa durante 3 a 4 días* Severo: No evacúa por más de 4 días o tiene el abdomen hinchado*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Pérdida de apetito (anorexia): Ninguno Leve: Disminución leve del apetito Moderado: Por lo general no tiene hambre Severo: Nada le resulta tentador/no puede comer*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Dolor o dificultad para tragar (deglución): Ninguno Leve: Siente dolor pero puede comer Moderado: Siente dolor lo que requiere una dieta blanda o líquida* Severo: No puede comer en absoluto*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
*Informe esto a su médico de inmediato.							



Planilla de efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo # _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
Hinchazón o inflamación (Edema) en las manos o en los pies: Ninguno Leve: Hinchazón en las manos o en los pies Moderado: Hinchazón que se extiende en los brazos o las piernas* Severo: Hinchazón con dolor o dificultad para respirar*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Reacción alérgica: Ninguno Leve: Sarpullido, sin fiebre Moderado: Sarpullido, fiebre <100.4 °F (38 °C)* Severo: Urticaria, fiebre >100.4 °F (38 °C)* Dificultad para respirar. Busque tratamiento de inmediato*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Picazón o sarpullido: Ninguno Leve: Sarpullido disperso en la piel con enrojecimiento/ leve picazón* Moderado: sarpullido generalizado con llagas* Severo: sarpullido con llagas abiertas*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Dificultad para respirar: Ninguno Leve: En descanso Moderado: Con un nivel de actividad normal* Severo: Con esfuerzo*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
*Informe esto a su médico de inmediato.							



Planilla de efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo # _____

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
Dolor muscular o articular: Ninguno Leve: Dolorido pero no requiere medicamentos Moderado: Requiere analgésicos Severo: Los analgésicos no ayudan*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
Adormecimiento u hormigueo en las manos o en los pies: Ninguno Leve: Sensación de hormigueo Moderado: Hormigueo, algo de adormecimiento Severo: Adormecimiento que interfiere con el funcionamiento (por ejemplo, no puede sostener una taza de café)*	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Anote cualquier medicamento que haya tomado para esto aquí —>							
ENUMERE CUALQUIER OTRO EFECTO SECUNDARIO QUE TENGA EN LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN (Algunos efectos secundarios incluyen: caída del cabello, problemas de memoria o de concentración, se forman moretones o presenta sangrado con facilidad, cambios en la piel o en las uñas como piel seca o cambios en el color, problemas al orinar o con la vejiga)							
Efecto secundario:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Medicamentos que tomó —>							
Efecto secundario:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
Medicamentos que tomó —>							
*Informe esto a su médico de inmediato.							



Planilla de efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo # _____

Algunas preguntas para hacerle a mi médico

¿Qué efectos secundarios debo informarle de inmediato?

¿Qué debo hacer para los efectos secundarios que tengo?

Notas

Para obtener más información...

Estamos disponibles para responder sus preguntas sobre el cáncer. Póngase en contacto con nosotros llamando al 1-800-227-2345, o visítenos en línea en www.cancer.org/es.