

## Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la quimioterapia

La quimioterapia es un tipo de tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos o fármacos para destruir las células cancerosas. A diferencia de la cirugía y de la radiación, la quimioterapia trata todo el cuerpo, no solo un área. Con frecuencia la quimioterapia se administra con otros tipos de tratamiento, como cirugía, radiación, terapia dirigida o inmunoterapia. Si desea más información sobre la quimioterapia, visite [cancer.org/chemo](http://cancer.org/chemo).

Al igual que todas las terapias contra el cáncer, los medicamentos quimioterapéuticos producen efectos secundarios, y algunos de ellos pueden ser graves. Es importante que anote todos los efectos secundarios que presente, para que su equipo de atención médica contra el cáncer pueda ayudarle a manejarlos. Esta hoja de trabajo le ayudará a hacerlo.

Las siguientes páginas contienen una lista de los efectos secundarios más frecuentes que podrían presentar las personas que reciben quimioterapia.

- Es posible que usted no presente ninguno, que presente algunos, o que presente todos estos efectos secundarios, o podría tener otros que no se mencionan aquí.
- Hemos incluido sugerencias para ayudarle a que describa a su médico cada uno de estos efectos secundarios.
- Algunos efectos secundarios son más graves que otros.
- **Pregunte a su equipo de atención médica contra el cáncer cuándo debe llamar inmediatamente al consultorio respecto a ciertos efectos secundarios.** Anótelos en la última página.

**Imprima o guarde una copia de la hoja de trabajo de cada semana que reciba tratamiento y llévela consigo cuando visite al médico.**

### Cómo usar esta hoja de trabajo

- Esta hoja de trabajo cubre 7 días de un ciclo de quimioterapia. Un ciclo es un periodo que por lo general comienza un día de tratamiento seguido por más días de tratamiento, intercalados con días sin tratamiento.
- Rellene los días del ciclo de terapia (por ejemplo, el día en el que comienza su terapia es el día 1, y las fechas de la semana).
- En la columna de cada día del ciclo marque el recuadro que describa qué tan grave es cada efecto secundario. Si no tiene un efecto secundario en particular, marque el recuadro “No”.
- Anote los medicamentos que tomó para tratar el efecto secundario, o lo que hizo que pudo haberle ayudado a sentirse mejor.
- **Si tiene un efecto secundario que se pueda describir como “grave”, comuníquese inmediatamente con su equipo de atención médica contra el cáncer.**

**Asegúrese de preguntar a su equipo de atención médica contra el cáncer cuáles son los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia, cuánto podrían durar, qué tan graves podrían ser, y cuándo llamar a su equipo de atención médica contra el cáncer.**



# Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo n.º \_\_\_\_\_

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
<b>Fiebre (con o sin escalofríos):</b> Anote la temperatura más alta que haya tenido durante el día. No: Temperatura 98.6° F Leve: Fiebre de 98.6 a 100.4 °F Moderada: Fiebre de 100.4 a 104 °F* Grave: Fiebre de más de 104 °F*	Temp. máx: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	Temp. máx: _____°F <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Fatiga (debilidad):</b> No Leve: Se alivia con el descanso Moderada: No se alivia con el descanso, no puede hacer tareas domésticas ni actividades laborales Grave: No se alivia con el descanso, no puede cuidarse a sí mismo*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
<b>Náuseas y vómitos:</b> No Leves: Puede comer Moderados: Come o bebe menos que lo habitual Graves: No puede comer ni beber*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderados <input type="checkbox"/> Graves
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Úlceras (llagas) bucales:</b> No Leves: Molestia o úlcera sin dolor Moderadas: Molestia o úlcera con dolor pero puede comer Graves: Dolor intenso y dificultades para comer*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>*Notifique inmediatamente este efecto secundario a su equipo de atención médica contra el cáncer.</b>							

# Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo n.º \_\_\_\_\_

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
<b>Diarrea:</b> (Anote el mayor número de deposiciones intestinales que tiene en un día) No: El número habitual de deposiciones intestinales Leve: De 1 a 3 más deposiciones intestinales que lo habitual Moderada: De 4 a 6 deposiciones intestinales que lo habitual Grave: 7 o más deposiciones intestinales que lo habitual; debilidad o mareos*	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	N.º de deposiciones intestinales: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Estreñimiento:</b> No Leve: Necesita usar ocasionalmente laxantes emolientes o laxantes Moderado: Necesita usar laxantes o enemas regularmente* Grave: No puede tener deposiciones intestinales ni con medicamentos; los síntomas interfieren con el cuidado personal*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Pérdida del apetito (anorexia):</b> No Leve: Pérdida del apetito pero aún come bien Moderada: Come menos pero tiene poca reducción de peso Grave: No come lo suficiente para mantener el peso*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Dolor o dificultad para tragar:</b> No Leve: Hay dolor pero puede llevar una dieta ordinaria Moderado: El dolor causa problemas para llevar una dieta ordinaria* Grave: Come muy poco*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>*Notifique inmediatamente a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.</b>							

# Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo n.º \_\_\_\_\_

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
<b>Ansiedad y depresión</b> No Leves: Síntomas leves, puede realizar actividades normales Moderadas: Los síntomas interfieren con las actividades de la casa o del trabajo Graves: Los síntomas interfieren con el cuidado personal* <b>Si tiene un ataque de pánico o piensa causarse daño, busque ayuda inmediatamente</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Graves
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Inflamación (edema) en manos o pies:</b> No Leve: Inflamación visible en las manos o los pies Moderada: Inflamación que interfiere con las actividades de la casa o del trabajo* Grave: Inflamación que interfiere con el cuidado personal*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Comezón o sarpullido:</b> No Leve: Sarpullido en menos del 10% del cuerpo; puede tener comezón o dolor al tacto* Moderado: Sarpullido en 10 a 30% del cuerpo; puede tener comezón o dolor al tacto* Grave: Sarpullido en más del 30% del cuerpo; puede tener comezón o dolor al tacto*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Dificultad para respirar:</b> No Leve: Con actividad moderada Moderada: Con actividad mínima* Grave: En reposo; busque inmediatamente tratamiento*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>*Notifique inmediatamente a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.</b>							

# Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo n.º \_\_\_\_\_

Fecha	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Día del ciclo de quimioterapia	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____	Día _____
<b>Dolor muscular o de las articulaciones:</b> No Leve: Hay dolor pero no se requieren medicamentos Moderado: Hay dolor que limita la habilidad de hacer actividades domésticas o laborales Grave: Dolor intenso que interfiere con el cuidado personal*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>Adormecimiento u hormigueo en manos o pies:</b> No Leve: Leve sensación de hormigueo Moderado: Hormigueo o adormecimiento moderado que interfiere con la habilidad de hacer actividades domésticas o laborales Grave: Adormecimiento, hormigueo o dolor que interfiere con el cuidado personal*	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Anote aquí los medicamentos que tomó para tratar este síntoma —>							
<b>INDIQUE EN LOS RECUADROS SIGUIENTES CUALQUIER OTRO EFECTO SECUNDARIO QUE PRESENTE</b> (Otros efectos secundarios pueden incluir: caída del cabello, problemas de memoria o concentración, sangrado o aparición de moretones con facilidad, cambios en la piel o las uñas, como piel seca o cambios de color, problemas con la orina o la vejiga urinaria.)							
<b>Efecto secundario:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Medicamentos que toma —>							
<b>Efecto secundario:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave
Medicamentos que toma —>							
<b>*Notifique inmediatamente a su equipo de atención médica contra el cáncer sobre este efecto secundario.</b>							



# Hoja de trabajo de los efectos secundarios de la quimioterapia

Ciclo n.º \_\_\_\_\_

## Preguntas para mi equipo de atención médica contra el cáncer

¿Qué efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?

---

---

---

---

---

---

---

---

## ¿Qué puedo hacer para tratar los efectos secundarios que tengo?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

Estamos disponibles para contestar sus preguntas sobre el cáncer. Si desea más información, llámenos al teléfono **1-800-227-2345**, o visítenos en línea en **cancer.org/es**.