

Medida de resultados informados por la familia (FROM-16)®

Las siguientes preguntas se refieren a cómo **su** vida se ve afectada por la enfermedad de su familiar **en este momento**.

Marque una sola casilla en cada una de las 16 preguntas.

Responda las siguientes preguntas:

Su edad: _____

Su género: Masculino/Femenino

Su relación con el/la paciente: _____

Diagnóstico del/de la paciente: _____

Parte 1: Emocional

Debido a la enfermedad del miembro de mi familia...	Para nada	Un poco	Mucho
Me siento preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento enojado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento frustrado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me resulta difícil encontrar a alguien con quien pueda hablar de lo que pienso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es difícil cuidar al miembro de mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 2: Vida privada y social

Debido a la enfermedad del miembro de mi familia...	Para nada	Un poco	Mucho
Me resulta difícil encontrar tiempo para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis viajes diarios se han visto afectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis hábitos alimentarios se han visto afectados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las actividades de mi familia se han visto afectadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas para irme de vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi vida sexual se ha visto afectada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi trabajo o estudio se ha visto afectado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis relaciones con otros miembros de la familia se han visto afectadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los gastos de mi familia han aumentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me ha afectado el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verifique que haya respondido todas las preguntas. Gracias.

Solo para uso interno Puntaje de la parte 1 (de 12): _____ Puntaje de la parte 2 (de 20): _____ Puntaje total (de 32): _____