

# Cuestionario de efectos secundarios de medicamentos para la TB

Por favor coloque una **X** en cada línea para indicar qué tan grave está experimentando cada una de las siguientes reacciones recientemente o desde la última visita:

	Sin Sangrado por la nariz	_____	Sangrado severo por la nariz	
	Visión Clara	_____	Cambios En la visión	
	Sin Fiebre	_____	Fiebre Alta	
	Sin Náuseas	_____	Náuseas Extremas	
	Sin Cansancio	_____	Cansancio Excesivo	
	Sin Dolor en las Articulaciones	_____	Dolor en las Articulaciones	
	Sin Erupción	_____	Erupción con Picazón	
	Sin Dolor Abdominal	_____	Dolor Abdominal Severo	
	Ojos y Piel Normales	_____	Ojos o Piel Amarillentos	
	Sin Hormigueo en los Dedos de las Manos o Pies	_____	Hormigueo en los Dedos de las Manos o Pies	