

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA DE VISITA _____

CITA CON _____

- Cirugía de los Senos Cirugía del Pecho Terapia de Infusión Oncología y Hematología
 Tratamiento con Radiación Otro: _____

El siguiente cuestionario puede ayudar a determinar si podría beneficiarse de un asesoramiento profesional. Cada paciente experimenta algunos de estos síntomas; no hay respuestas correctas o incorrectas.

Recuerde que cuando responda a estas preguntas, respóndalas honestamente. Si intenta crear una impresión que es diferente de cómo se siente realmente, entonces no recibirá la ayuda que pueda que marque la diferencia en su experiencia con el cáncer. No hay respuestas correctas e incorrectas a la preguntas: están destinadas exclusivamente a medir sus emociones. El equipo de atención del cáncer desea ayudarle a usted, el paciente; también desean asegurarse de que su familia esté lidiando bien con la situación.

Desde el diagnóstico o del principio del tratamiento:

1. Me he sentido ansioso y/o preocupado por el cáncer y el tratamiento que estoy recibiendo.

- No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

2. Me he sentido deprimido o desanimado.

- No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

3. Me he sentido irritable o inusualmente enojado y no puedo controlarlo bien.

- No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

4. He tenido dificultad en lidiar con el estrés que siento o he sentido.

- No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

5. Mi familia y seres queridos están teniendo dificultad en lidiar con el estrés como resultado de mi diagnóstico del cáncer.

- No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

6. Tengo el apoyo necesario de mi familia y/o personas cuidándome para completar con éxito mi tratamiento.

- Casi nunca A veces Siempre

7. Mi diagnóstico del cáncer y su tratamiento han interferido con mis actividades diarias.

- No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

8. Mi diagnóstico del cáncer y sus tratamientos han interferido con mi familia y vida social.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

9. He tenido dificultades en concentrarme en el trabajo o en casa, o con cosas de rutina como leyendo el periódico o viendo televisión.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

10. Me preocupa que el cáncer y su tratamiento han causado o causarán cambios en mi apariencia física.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

11. Mis hábitos del sueño han cambiado.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo He reportado esto a mi médico/enfermera.

12. He notado un cambio en mi apetito.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo He reportado esto a mi médico/enfermera.

13. El dolor y la molestia han causado que limite mis actividades.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo He reportado esto a mi médico/enfermera.

14. Mi diagnóstico del cáncer y sus tratamientos han interferido con mi actividad sexual.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo He reportado esto a mi médico/enfermera.

15. Mi calidad de vida durante estas últimas dos semanas han sido:

Excelente 1 2 3 4 Muy mala

16. El diagnóstico del cáncer ha sido muy difícil económicamente para mí.

No del todo 1 2 3 4 Todo el tiempo

17. ¿Tiene una Directiva Anticipada (Poder por escrito con sus deseos médicos)? SÍ NO

Si indicó que sí, favor proveer una copia al proveedor médico.

18. ¿Tiene transporte para ir y regresar de la clínica? SÍ NO

19. ¿Existen necesidades y/o alguna preocupación que desearía discutir con algún servicio de apoyo?
