

Listado de preocupaciones - identificar aquello que le preocupa

Nombre o identificación del paciente

Trabajador clave

Fecha:

Numero de contacto:

Esta autoevaluación es opcional; no obstante, nos ayudará a entender sus preocupaciones y sensaciones. También nos ayudará a identificar cualquier tipo de información y ayuda que pueda necesitar.

Si algunos de los problemas enumerados le han generado preocupación recientemente y desea comentarlos con un trabajador clave, **puntúelos del 1 al 10, siendo 10** el mayor grado de preocupación.

Deje la casilla en blanco si la opción no se corresponde con usted o si no desea hablar de ello ahora

A completar por el trabajador clave:

- ☐ Copia para enviar al médico de cabecera
- ☐ Copia dada al paciente

Preocupaciones físicas

- ☐ Dificultades para respirar
- ☐ Problemas de micción
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Comer, apetito o gusto
- ☐ Indigestión
- ☐ Deglución
- ☐ Tos
- ☐ Boca dolorida o seca, úlceras
- ☐ Náuseas o vómitos
- ☐ Cansancio, agotamiento o fatiga
- ☐ Hinchazón
- ☐ Fiebre alta
- ☐ Desplazamientos (Caminar)
- ☐ Hormigueo en las manos o pies
- ☐ Dolor o molestias
- ☐ Sofocos o sudor
- ☐ Picor, dolor o sequedad en la piel
- ☐ Cambios en el peso
- ☐ Cuidado de heridas
- ☐ Memoria o concentración
- ☐ Vista o audición
- ☐ Problemas del habla o la voz
- ☐ Mi aspecto físico
- ☐ Problemas de sueño

- ☐ Sexo, vida íntima o fertilidad
 - ☐ Otros problemas médicos
- ### Preocupaciones prácticas
- ☐ Cuidado de los demás
 - ☐ Trabajo o educación
 - ☐ Dinero o finanzas
 - ☐ Viajes
 - ☐ Viviendas
 - ☐ Transporte o aparcamiento
 - ☐ Hablar o ser entendido
 - ☐ Colada o labores domésticas
 - ☐ Compra de comestibles
 - ☐ Higiene personal y vestimenta
 - ☐ Preparar comidas o bebidas
 - ☐ Mascotas
 - ☐ Dificultad a la hora de hacer planes
 - ☐ Dejar de fumar
 - ☐ Problemas con el alcohol o las drogas
 - ☐ Mi medicación
- ### Preocupaciones emocionales
- ☐ Incertidumbre
 - ☐ Pérdida de interés en actividades
 - ☐ Incapacidad de expresar mis sentimientos
 - ☐ Pensar en el futuro
 - ☐ Arrepentirse del pasado
 - ☐ Enfado o frustración

- ☐ Soledad o aislamiento
 - ☐ Tristeza o depresión
 - ☐ Desesperanza
 - ☐ Culpa
 - ☐ Preocupación, miedo o ansiedad
 - ☐ Independencia
- ### Preocupaciones familiares
- ☐ Pareja
 - ☐ Hijos
 - ☐ Otros familiares o amigos
 - ☐ Persona que me cuida
 - ☐ Persona a la que cuido
- ### Preocupaciones espirituales o religiosas
- ☐ Fe o espiritualidad
 - ☐ Significado o propósito de la vida
 - ☐ Sentirme en desacuerdo con mi cultura, creencias o valores
- ### Estilo de vida o necesidad de información
- ☐ Ejercicio y actividad
 - ☐ Dieta y nutrición
 - ☐ Terapias complementarias
 - ☐ Planificación de mis prioridades futuras
 - ☐ Hacer un testamento o asesoramiento jurídico
 - ☐ Salud y bienestar
 - ☐ Grupos de apoyo de pacientes o cuidadores
 - ☐ Manejar mis síntomas
 - ☐ Protección solar

- ☐ Tengo preguntas sobre mi diagnóstico, tratamientos o efectos