

Preguntas de atención médica para pacientes

A todos los pacientes se les pregunta que completen este cuestionario como parte de su estándar de atención (médica). Por favor tome unos minutos para responder las siguientes preguntas para ayudarnos a atender mejor sus necesidades.

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? ¹ <i>Marque con una "X" para indicar su respuesta</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido decaído (a), deprimido (a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Necesita a alguien como un familiar, amigo, empleado de hospital/clínica o un médico para que le ayude a leer los materiales del hospital? SI NO¹¹

¿Necesita ayuda llenando los formularios médicos?

Por favor indique "Si" o "No" si alguno de los siguientes ha sido una preocupación para usted en los últimos 7 días.

<p>Preocupaciones Prácticas ^{2,9}</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema con el cuidado infantil</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas pagando por comida</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas pagando por vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con el transporte hacia/desde su tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas en el trabajo/escuela</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con la cobertura médica o no tiene seguro médico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pagando sus medicamentos o su cuidado médico</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vivo solo/a</p> <p>Preocupaciones de Cuidarse Usted Mismo ¹⁰</p> <p>Le preocupa tener a alguien disponible para ayudarlo si:</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿No puede levantarse de la cama?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Se siente enfermo y no puede hacer las tareas diarias?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿No puede hacer mandados?</p> <p>Preocupaciones Familiares/Cuidadores ²</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre sus hijos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre su pareja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre su cuidador/es</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Habilidad de tener hijos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre otros miembros de la familia</p> <p>Preocupaciones Espirituales/Religiosas/Fe ⁵</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Lidia con la falta de alegría y sentido en su vida?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Tiene dificultades religiosas o espirituales?</p> <p>Me gustaría hablar con alguien de los "SI" indicados arriba sobre mis Preocupaciones, Espirituales, Prácticas, Cuidado Personal, o de Familia /Cuidador. SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Preocupaciones Físicas ²</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiración</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estreñimiento</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Náusea o vómito</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dormir</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cambios en la orina</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad masticando o tragando</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Llagas en la boca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Resequedad en la boca</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchazón de brazos o piernas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Siente llenura rápidamente o inflamación en el Abdomen</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intimidación o función sexual</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piel seca/picazón/ampollas/dolor</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hormigueo en las manos/pies</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apariencia</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uso de alcohol/drogas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad concentrándome</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad recordando cosas</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad encontrando palabras para decir</p> <p>Preocupaciones de Nutrición ^{2,3}</p> <p>SI NO</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de peso o falta de apetito</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ha subido de peso</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas al saborear</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre su nutrición y alimentos</p> <p style="text-align: right;">Vea al reverso para completar</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dolor⁶					
Ha estado con dolor en los últimos 7 días?					
<input type="checkbox"/> NO	Si no tiene dolor, omite esta sección y vaya a "Fatiga/Poca Energía"				
<input type="checkbox"/> SI	Si marco "SI", y ha estado con dolor, <i>por favor marque "X" en las casillas de abajo</i>				
	Sin dolor	Ligero	Moderado	Severo	Muy Severo
En los últimos 7 días que intenso fue el dolor en su peor momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 7 días que intenso fue el dolor promedio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cual es su nivel de dolor en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga/Poca Energía⁷					
<i>Marque con una "X" para indicar su respuesta⁶</i>					
	Nada	Un Poco	Algo	Bastante	Mucho
Durante los últimos 7 días me siento fatigado (poca energía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante los últimos 7 días tengo problemas para iniciar cosas porque me siento cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos 7 días en promedio que debilitado/a se sintió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En los últimos 7 días en promedio que fatigado/a se sintió?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividad Física⁸					
<i>Marque con una "X" para indicar su respuesta⁷</i>					
	Sin dificultad	Con poca dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacer
¿Puede realizar tareas tales como pasar la aspiradora o trabajar en el jardín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede subir y bajar las escaleras a un ritmo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede hacer los mandados o ir a las tiendas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es capaz de estar fuera de la cama la mayor parte del día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es capaz de cuidar de sus necesidades personales (vestirse, peinarse, aseo higiénico, comer, bañarse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caidas					
¿Ha tenido 2 o más caídas en los últimos 6 meses? ¹				SI	NO
¿Se ha lastimado debido a una caída en los últimos 6 meses que haya requerido atención médica?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente inestable al caminar? ¹²				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamientos o Preocupaciones de atención⁴					
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quiero entender mejor mi diagnóstico de cáncer o la etapa			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quiero entender mejor mi pronóstico o resultado a largo plazo			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo inquietudes o preguntas sobre mis opciones de tratamiento, medicamento o plan de cuidado.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesito ayuda para charlar con mi familia y amigos mis opciones de tratamiento y lo que es importante para mi.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quiero ayuda discutiendo y decidiendo lo que quiero o no quiero con respecto a los procedimientos y cuidados médicos con mi familia, amigos o médico.			
Otros problemas o preocupaciones²:				Office Use Only:	
				Pt alone	<input type="checkbox"/>
				Pt with family	<input type="checkbox"/>
				Pt with clinician/staff	<input type="checkbox"/>

*Esta herramienta es una adaptación de: (1) the PHQ-4 developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues; (2) The National Comprehensive Cancer Network, NCCN Guidelines version 2.2014 Distress Management; (3) Kaiser, M.J., et al., Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging, 2009. 13(9): p. 782-8.; (4) Living Well Cancer Resource Center Distress Tool. (5) King, S. D. W., et al. (2017). Determining best methods to screen for religious/spiritual distress. Support Care Cancer (2017) 25:471–479. (6) PROMIS Item Bank v1.0 Pain Intensity Short Form 3a; (7) PROMIS Item Bank v1.0 Fatigue Short Form 4a; (8) PROMIS Item Bank v1.0 Physical Function Short Form 4a; and PROMIS item bank. (9) Live Well At Home Rapid Screen®. (10) PROMIS Item Bank Instrumental Support – Short Form 4a. (11) Cornett, S., (Sept. 30, 2009) "Assessing and Addressing Health Literacy" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 14, No. 3, Manuscript 2. (12) Phelan, E. A., Mahoney, J. E., Voit, J. C., & Stevens, J. A. (2015). Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. *The Medical Clinics of North America*, 99(2), 281–293. <http://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.004>