

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Primero, encierre en un círculo el número (0-10) que mejor describa cuánta angustia ha tenido en la última semana, incluyendo el día de hoy.*

Angustia extrema

|    |
|----|
| 10 |
| 9  |
| 8  |
| 7  |
| 6  |
| 5  |
| 4  |
| 3  |
| 2  |
| 1  |
| 0  |

Sin angustia

**PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO**

- Solamente para uso clínico:*
- 0-4 - Atención de apoyo
  - 5-7 - Navegador para pacientes (Ext. 95857)
  - 8-10 - Clasificación de prioridad (triaje) del médico (LW Ext. 91360)

Firma del médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_\_  
 Núm. dictado: \_\_\_\_\_

*Segundo, indique si alguna de las siguientes situaciones ha sido un problema para usted durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar **SÍ** o **NO** para cada una.*

- |                          |                          |   |                          |                          |                             |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                | <b>Problemas prácticos:</b>                 | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                | <b>Problemas físicos:</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuidado de los hijos                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Apariencia                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vivienda                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bañarse/vestirse            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seguro/Finanzas                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Respirar                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transporte                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios al orinar           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trabajo/escuela                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estreñimiento               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Decisiones de tratamiento                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea                     |
|                          |                          | <b>Problemas familiares:</b>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comer                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trato con los hijos                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fatiga                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trato con la pareja                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sensación de hinchazón      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Capacidad para tener hijos                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebres                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas familiares de salud               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desplazamiento / Moverse    |
|                          |                          | <b>Problemas emocionales:</b>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indigestión                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Memoria/concentración       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Temores                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras bucales             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nerviosismo                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Náusea                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tristeza                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nariz seca/congestionada    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preocupación                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de interés en actividades regulares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas sexuales          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Inquietudes espirituales/religiosas</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Piel seca/comezón           |
|                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sueño                       |
|                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hormigueo en las manos/pies |

**Notas:** \_\_\_\_\_

Firma del (de la) enfermero(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



**SCREENING TOOLS FOR MEASURING DISTRESS**



529-01324

PATIENT IDENTIFICATION: