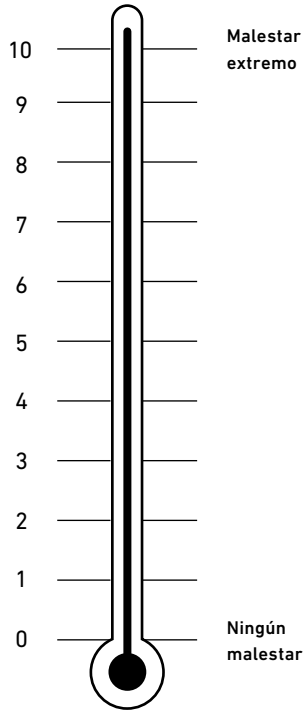


GESTIÓN DEL MALESTAR



- 1 Encierre** en un círculo el número (del 0 al 10) que describa cuánto malestar ha experimentado durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.
- 2 Indique** si ha sufrido alguno de los siguientes problemas durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada uno.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

		SÍ	NO
Problemas prácticos	Cuidado de los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seguros / Finanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trabajo / Escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cuidado del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas familiares	Interacción con la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interacción con los niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de interés en las actividades habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupación a nivel espiritual / religioso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas físicos	Aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bañarse / Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cambios en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sensación de hinchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habilidad para moverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indigestión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Memoria / Concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Congestión o sequedad nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A nivel sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sequedad o picor de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hormigueo en manos o pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Otros problemas _____

Origen: National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).
 Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción de las
 NCCN Guidelines® y esta ilustración, en cualquier fin, sin el permiso
 expreso de la NCCN. Versión 2.2020, 11/03/2020.

