

+

+

ST. MARY'S MEDICAL CENTER
3700 WASHINGTON AVENUE
EVANSVILLE, INDIANA 47750
(812) 485-4000

Evaluación de bienestar (nivel de angustia)



Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Diagnóstico: _____

Ubicación: 6 Este / 5 Este 5 Sur/ 3 Norte Centro de infusión Centro de servicios mamarios
 GINEC./ONCOL. Urología Pulmonología OHA Oncología radioterápica Otro:

Nuestra misión es cuidar de su cuerpo, mente y espíritu. Tómese un momento para completar este formulario y, así, poder asistirle mejor. Encierre con un círculo el número que mejor describa cuánto estrés ha experimentado en el pasado incluyendo el día de hoy. 0 = ningún estrés 10 = mucho estrés.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En segundo lugar, indique si alguno de los siguientes puntos ha sido un problema para el paciente durante la última semana incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SÍ o NO para cada caso.

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Problemas prácticos	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Continuación de problemas físicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas alimenticios
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro/prob. financieros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de hinchazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trabajo/escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decisiones sobre tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de interés en las actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para movilizarse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inquietudes espirituales/religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocuparse de los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria/concentración
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ocuparse de la pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bañarse/vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llagas en la boca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Capacidad para tener hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Náuseas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud en la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio en la micción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sequedad/congestión nasal
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca/picazón
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormigueo en manos/pies

Otras inquietudes: _____

Firma del paciente: _____ Firma del representante: _____

Para ser completado por pacientes hospitalizados:

El Administrador de casos fue notificado acerca de los resultados de la evaluación: _____ fecha y hora
 El Departamento de Servicio Pastoral fue notificado acerca de los resultados de la evaluación: _____ fecha y hora

Intervenciones: Ver historia clínica electrónica (EHR)
 Recursos brindados al paciente por escrito
 Derivado al navegador _____
 El paciente no autorizo las intervenciones

Hora _____ Fecha _____ Firma del revisor _____

Para ser completado por pacientes ambulatorios:

Recursos brindados al paciente por escrito
 Derivado a otro (nombre): _____

Derivado al navegador _____
 El paciente no autorizo las intervenciones

Comentarios adicionales: _____

Hora _____ Fecha _____ Firma del revisor _____

Intervención del navegador:

Paciente activo (navegador: _____) No se necesita derivar a un navegador
 Nueva derivación (navegador: _____)

