

Formulario de Evaluación de Angustia

PLACE PATIENT LABEL

Por Favor indique si uno de los siguientes le ha sido un problema la semana pasada incluso hoy.
Asegúrese de seleccionar SI ó NO por cada uno.

- SI NO
- PREOCCUPACIONES PRÁCTICAS POR
- Vivienda
 - De seguro/Financieras
 - Trabajo/Escuela
 - Transporte
 - Decisiones de tratamiento
 - Cuidado de Niño/ Adulto
 - Datos/Recursos
- SI NO
- PREOCCUPACIONES POR LA FAMILIA
- Arreglarse bien con conyugue o hijos
 - Abuso
- SI NO
- PREOCCUPACIONES EMOTIONALES
- Preocupaciones/Miedos
 - Nerviosidad/Ansiedad
 - Tristezas
 - Ira
 - Pena y pérdida
 - Depresión

En las últimas 2 semanas, ¿a cada cuánto ha sido molestado por los problemas siguientes?

- | | | | | |
|--|---------|-------------|-----------------|-------------|
| | Ninguna | Varios Dias | Más de la mitad | Casi Diario |
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sentir triste, deprimido, o sin esperanza | 0 | 1 | 2 | 3 |

- SI NO
- PREOCCUPACIONES ESPIRITUALES/RELIGIOSAS
- SI NO
- PREOCCUPACIONES FISICAS
- Aspecto
 - Concentración/Memoria
 - Cita pedida con una dietista registrada
 - Abuso de sustancias
 - Preocupaciones Sexuales
- SI NO
- PREOCCUPACIONES POR LA FALTA DE COMUNICACIONES
- Comunicar con la familia
 - Comunicar con el personal

Por favor dibuje un círculo alrededor del número (0-10) que mejor describe cuánta angustia usted ha sufrido la semana pasada incluso hoy.

Angustia Extrema Sin Angustia

