

¿Cómo le podemos ayudar?

Puede que sea contactado por un miembro del personal de servicios de apoyo acerca de este formulario. Completar este formulario es opcional. Por favor deje en blanco si no desea participar.

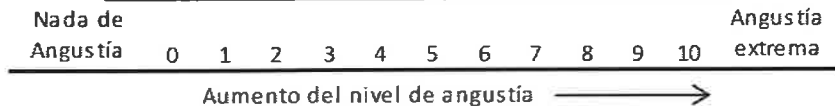
Pasó 1: Marque la casilla que indique la causa de sus angustias.

Pasó 2: Circule el número en cada escala para demostrar cuanta angustia ha tenido en la **última semana**.

Problemas Emocionales

- Preocupación/Nerviosismo Otra Preocupación: _____
- Tristeza / Depresión _____
- Pena/Pérdida _____
- Ira
- Imagen Personal
- Adicción

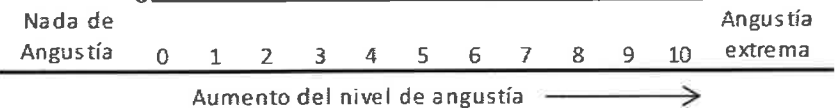
¿Cuánto le afligen los problemas emocionales?



Problemas de Salud

- Cambios de peso Otra Preocupación: _____
- Dificultad para comer _____
- Pérdida de apetito _____
- Náusea
- Fatiga
- Dificultad para dormir
- Salud sexual e intimidad

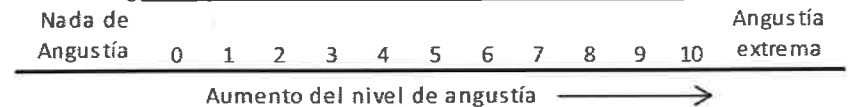
¿Cuánto le afligen los problemas de salud?



Problemas Sociales

- Relacionado con su cónyuge/pareja Otra Preocupación: _____
- Relacionado con los niños _____
- Relacionado con la familia _____
- Relacionado con los amigos
- Comunicación con el Equipo de Salud

¿Cuánto le afligen los problemas sociales?



Problemas Generales

- Vivienda Otra Preocupación: _____
- Cuentas/Asuntos monetarios _____
- Seguro médico _____
- Medio de Transporte
- Información / Recursos

¿Cuánto le afligen los problemas generales?

