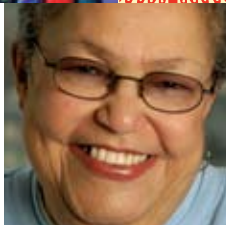


EL DIARIO DE SALUD DEL SOBREVIVIENTE DE CÁNCER





EL DIARIO DE SALUD DEL SOBREVIVIENTE DE CÁNCER

ÍNDICE

INFORMACIÓN DE CONTACTO

- 5 Herramienta del prestador de atención sanitaria
- 12 Herramienta de contactos de emergencia

HERRAMIENTAS DE MEDICACIÓN

- 17 Herramienta de etiquetas de recetas
- 18 Herramientas de medicación

HERRAMIENTA DEL DIARIO DE SALUD

- 23 Herramienta del diario de salud

HERRAMIENTA DE VISTA DE SEGUIMIENTO

- 27 Herramienta de visita de seguimiento

RECURSOS ADICIONALES

- 33 Escala de calificación del dolor
- 34 Herramienta de recursos
- 36 Herramienta de grupos de apoyo

Este diario de salud pertenece a:

Nombre: _____

Dirección (calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono particular: (____) _____

Número de teléfono celular: (____) _____

Número de localizador: (____) _____

EL DIARIO DE SALUD DEL SOBREVIVIENTE DE CÁNCER

brinda herramientas que pueden ayudarlo a usted, a su familia o a sus cuidadores a:

- Llevar un seguimiento de sus inquietudes.
- Anotar preguntas para hacerle a su médico.
- Realizar un listado de sus medicamentos.
- Anotar la información de sus contactos de emergencia.

Estas herramientas pueden ayudarlo a prepararse para las citas médicas y para conversar con su doctor. Lleve su diario cada vez que visite a su médico y utilice las herramientas para anotar cualquier pregunta que pudiera tener, efectos secundarios que experimente y todos los medicamentos que toma.

También puede ser útil compartir este diario con su familia, la persona que lo cuida o sus contactos de emergencia de manera que todos estén familiarizados con la historia de su tratamiento.

SE PUEDEN DESCARGAR Y PEDIR COPIAS ADICIONALES DE
LAS HERRAMIENTAS EN WWW.LIVESTRONG.ORG/ESPAÑOL.

También puede recibir ayuda personalizada de **LIVESTRONG** SurvivorCare para sus inquietudes en www.livestrong.org/espanol o 1.866.927.7205.

A close-up portrait of a woman with dark, curly hair, smiling warmly. She is wearing a black top and a small earring. The background is a soft, out-of-focus blue and white.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

MARGARITA, Sobreviviente de Cáncer

Herramienta del prestador de atención

CONSEJOS PARA UTILIZAR LA HERRAMIENTA DEL PRESTADOR DE ATENCIÓN DE SALUD





- Use esta herramienta para anotar los nombres de todos los prestadores de salud que ha visto antes o después del tratamiento, o durante éste.





Esto incluye a:

- Médicos
 - Enfermeras
 - Trabajadores sociales/terapeutas
 - Terapeutas ocupacionales
 - Fisioterapeutas
 - Farmacias
- Mantenga un registro de todos los cambios, incluidos los nombres del prestador, direcciones y números de teléfono.
 - Anote los motivos por los que visitó al prestador.
 - Se pueden pedir en forma gratuita copias adicionales de la Herramienta del prestador de atención sanitaria en www.livestrong.org/espanol.

Herramienta del prestador de atención sanitaria (Ejemplo)

Nombre: Antonio López

NOMBRE DEL MÉDICO: Dr. Paul Montgomery		ESPECIALIDAD MÉDICA: Oncología	
NOMBRE DE LA ENFERMERA: Sue Guerrero			
 DIRECCIÓN: 120 Broad Street Houston, Texas 12345			
 NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890		 NÚMERO DE FAX: (123) 564-9856	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO: Para tratamiento del cáncer y visitas de seguimiento.			

NOMBRE DEL MÉDICO: Dra. Beverly Brown		ESPECIALIDAD MÉDICA: Medicina general	
NOMBRE DE LA ENFERMERA: Helen Jones			
 DIRECCIÓN: 582 Main Street Houston, Texas 12345			
 NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890		 NÚMERO DE FAX: (123) 564-9856	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO: Controles anuales.			

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:

Linda Miller



DIRECCIÓN: Houston Medical Center
1345 Hospital Blvd. Ste. 101
Houston, Texas 12365



NÚMERO DE TELÉFONO:
(123) 456-7890



NÚMERO DE FAX:
(123) 564-9856



MOTIVO DE LA VISITA AL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:
Ayuda para encontrar recursos en mi ciudad.

NOMBRE DEL FISIOTERAPEUTA:

Julia Dixon



DIRECCIÓN: 8765 Water Avenue
Houston, Texas 12345



NÚMERO DE TELÉFONO:
(123) 456-7890



NÚMERO DE FAX:
(123) 564-9856



MOTIVO DE LA VISITA AL FISIOTERAPEUTA:
Ayuda para mover el brazo luego del tratamiento.

NOMBRE DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL:

Gail Strong



DIRECCIÓN: 589 Broad Street
Houston, Texas 12345






NÚMERO DE TELÉFONO:
(123) 456-7890






NÚMERO DE FAX:
(123) 564-9856







MOTIVO DE LA VISITA AL TERAPEUTA OCUPACIONAL:
Para aprender cómo hacer las tareas diarias sin lesionarme el brazo afectado.

NOMBRE DE LA FARMACIA: Brown Drug Store	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO: Suzanne Peel	
 DIRECCIÓN: 8765 Water Avenue Houston, Texas 12345	
 NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890	 NÚMERO DE FAX: (123) 564-9856





NOMBRE DE LA FARMACIA:	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:





Otro:

NOMBRE:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA A ESTE PRESTADOR:	





Herramienta del prestador de atención sanitaria





Nombre: _____




NOMBRE DEL MÉDICO:		ESPECIALIDAD MÉDICA:	
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
 DIRECCIÓN:			
 NÚMERO DE TELÉFONO:		 NÚMERO DE FAX:	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO:			




NOMBRE DEL MÉDICO:		ESPECIALIDAD MÉDICA:	
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
 DIRECCIÓN:			
 NÚMERO DE TELÉFONO:		 NÚMERO DE FAX:	
 MOTIVO DE LA CONSULTA AL MÉDICO:			

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA AL TRABAJADOR SOCIAL/TERAPEUTA:	





NOMBRE DEL FISIOTERAPEUTA:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA AL FISIOTERAPEUTA:	

NOMBRE DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA AL TERAPEUTA OCUPACIONAL:	

NOMBRE DE LA FARMACIA:	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:

NOMBRE DE LA FARMACIA:	
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:

Otro:

NOMBRE:	
 DIRECCIÓN:	
 NÚMERO DE TELÉFONO:	 NÚMERO DE FAX:
 MOTIVO DE LA VISITA A ESTE PRESTADOR:	

Herramienta de contactos de emergencia

CONSEJOS PARA UTILIZAR LA HERRAMIENTA DE CONTACTOS DE EMERGENCIA:

- Utilice esta herramienta para anotar los nombres de las personas que se deberían contactar en caso de una emergencia.

Esto incluye a:

- Familiares, cuidadores o amigos en los que confía
 - Compañías de seguros
 - Hospital
 - Médico
- Escriba toda la información pertinente a su seguro.
 - Incluya el nombre y la dirección del hospital que prefiere.
 - Incluya toda la información de contacto disponible para cada persona.
 - Asegúrese de que todas las personas en la lista estén familiarizadas con su estado de salud y estén dispuestas a ayudarlo.
 - Informe a los contactos de emergencia sobre cualquier cambio en su historia médica y en sus prestadores de salud.
 - Mantenga un registro de cualquier cambio, incluidos los nombres, direcciones y números de teléfono de cada contacto. Se puede necesitar esta información en una emergencia.
 - Asegúrese de que sus contactos de emergencia tengan a mano su *Diario de sobreviviente de cáncer*.
 - Se pueden pedir copias adicionales sin cargo de la Herramienta de contactos de emergencia en www.livestrong.org/espanol.

Herramienta de contactos de emergencia (Ejemplo)

Nombre: Antonio Lopez

Primer contacto

NOMBRE: Elena Lopez			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR: (123) 569-8560		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL: (123) 745-7564	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (123) 456-9709		NÚMERO DE LOCALIZADOR: (123) 456-8763	
RELACIÓN CON USTED: <input checked="" type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR: 4569 Congress Avenue			
CIUDAD: Houston	ESTADO: Texas	CÓDIGO POSTAL: 12345	PAÍS: EE. UU.
INFORMACIÓN ADICIONAL: Trabaja de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.			

Segundo contacto: (en caso de que el primero no responda)



NOMBRE: Carlos Lopez			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR: (123) 569-8560		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL: (123) 745-7564	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: (123) 456-9709		NÚMERO DE LOCALIZADOR: (123) 456-8763	
RELACIÓN CON USTED: <input type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input checked="" type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input checked="" type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR: 489 Austin Avenue			
CIUDAD: Houston	ESTADO: Texas	CÓDIGO POSTAL: 12345	PAÍS: EE. UU.
INFORMACIÓN ADICIONAL: Trabaja de miércoles a domingos de 5:00 p.m. a 1:00 a.m.			

Seguro:




COMPAÑÍA DE SEGUROS: Blue Cross Blue Shield of Texas	
NÚMERO DE PÓLIZA: 12345678	NÚMERO DE GRUPO: 0000
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

COMPAÑÍA DE SEGUROS: Medicaid	
NÚMERO DE PÓLIZA: 12345678	NÚMERO DE GRUPO: 0000
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

Hospital:

HOSPITAL: Houston Medical Center	
	DIRECCIÓN: 120 Broad Street Houston, Texas 12345
	NÚMERO DE TELÉFONO: (123) 456-7890

Médico:

NOMBRE DEL MÉDICO:			
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
	DIRECCIÓN		
	NÚMERO DE TELÉFONO:		NÚMERO DE FAX:

Herramienta de contactos de emergencia

Nombre: _____

Primer contacto

NOMBRE:			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR:		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:		NÚMERO DE LOCALIZADOR:	
RELACIÓN CON USTED: <input type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	PAÍS:
INFORMACIÓN ADICIONAL:			

Segundo contacto: (en caso de que el primero no responda)



NOMBRE:			
NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR:		NÚMERO DE TELÉFONO LABORAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR:		NÚMERO DE LOCALIZADOR:	
RELACIÓN CON USTED: <input type="checkbox"/> cónyuge/pareja de hecho <input type="checkbox"/> hijo/a <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> hermano/a <input type="checkbox"/> otro (especifique): _____			
DIRECCIÓN PARTICULAR:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	PAÍS:
INFORMACIÓN ADICIONAL:			

Seguro:




COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NÚMERO DE PÓLIZA:	NÚMERO DE GRUPO:
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
NÚMERO DE PÓLIZA:	NÚMERO DE GRUPO:
INFORMACIÓN ADICIONAL (número de teléfono, dirección, etc.)	

Hospital:

HOSPITAL:	
	DIRECCIÓN:
	NÚMERO DE TELÉFONO:

Médico:

NOMBRE DEL MÉDICO:			
NOMBRE DE LA ENFERMERA:			
	DIRECCIÓN		
	NÚMERO DE TELÉFONO:		NÚMERO DE FAX:



HERRAMIENTAS DE MEDICACIÓN

CARMEN, Sobreviviente de Cáncer

Herramienta de etiquetas de receta médica

Cuando asiste a una visita de seguimiento, el médico puede recetarle un medicamento que actúe contra los efectos del tratamiento del cáncer. La etiqueta del frasco recetado cuenta con información muy importante que le indicará cuándo y cómo tomar el medicamento.

***La etiqueta puede tener la información en un orden diferente.

Nombre y dirección de la farmacia	BROWN DRUG STORE 6780 Houston Parkway Houston, Texas 56489	(123) 895-7596	Teléfono de la farmacia
Médico que recetó el medicamento	Dr. P. Montgomery		
Número de receta	Nro. de receta: 1234560	05/01/2006	Fecha en que se recetó el medicamento
Nombre del sobreviviente	Antonio López		
Cuánta medicación tomar y cuándo tomarla	Dosis: Tome un comprimido por día, por vía oral		
Nombre del medicamento	Amoxicilina 10 mg		
Cantidad de comprimidos en el frasco	Cantidad: 30		
Cantidad de dosis adicionales disponibles vencimiento	Dosis adicionales: 1	Antes de: 8/1/2006	Fecha de la receta

** ES POSIBLE QUE SU COMPAÑÍA DE SEGUROS REQUIERA QUE LA FARMACIA LE PROPORCIONE UN SUSTITUTO GENÉRICO DEL FÁRMACO RECETADO POR EL MÉDICO. CONSULTE AL FARMACÉUTICO SI SE LE DIO UN SUSTITUTO GENÉRICO DEL FÁRMACO RECETADO. LOS SUSTITUTOS GENÉRICOS CUMPLEN LAS MISMAS FUNCIONES QUE EL MEDICAMENTO PRESCRITO.

Herramientas de medicación

CONSEJOS PARA UTILIZAR LAS HERRAMIENTAS DE MEDICACIÓN:

- Utilice estas herramientas para anotar todos los medicamentos que toma actualmente y aquellos a los que es alérgico o contra los que presenta una reacción adversa.
- Esto incluye:
 - Medicamentos que le dio su médico;
 - Cualquier medicamento que compró en un comercio;
 - Cualquier hierba, vitamina o suplemento.
- Lleve esta lista cada vez que tenga una consulta con el médico.
- Lleve todos los frascos de medicamentos para que los vea su médico.
- Anote lo que le indiquen él o la enfermera acerca de los medicamentos o pídale que lo anoten por usted.
- Pídale a su médico que le explique cómo tomar los medicamentos que le dio.
- Pídale que le explique para qué es cada medicamento.
- Si una medicación que toma le produce una reacción adversa, tal como urticaria, dolor de estómago u otro malestar, llame a su médico o farmacéutico en forma inmediata.
- Anote el tipo de reacción que tuvo en la Herramienta de medicación.
- Es posible que la compañía de seguros requiera que la farmacia le proporcione un sustituto genérico de la medicación recetada por el médico. Consulte con el farmacéutico si le dieron una versión genérica de la medicación.
- Puede pedir copias adicionales sin cargo de la Herramienta de medicación en www.livestrong.org/espanol.

Herra Herramienta de alergias a medicamentos (Ejemplo)

Nombre: Antonio Lopez

ALERGIAS A MEDICAMENTOS	NOTAS
Penicilina	Me salió un sarpullido después de tomarla en mayo de 2006.
Codeína	Me produce dolor de estómago.

Herramienta de alergias a medicamentos

Nombre: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS	NOTAS

Herramienta de medicaciones actuales

Nombre: _____

Nombre del medicamento	¿Para qué es el medicamento?	Fecha en que se recetó	Cuándo y cómo tomar el medicamento	Médico que lo recetó	Indicaciones para tomar el medicamento y efectos colaterales esperables	Efectos colaterales padecidos **Anote los detalles en el diario de salud

A close-up portrait of a woman with long, dark brown hair. She is wearing a pearl headband and a necklace with pink and silver beads. She has a slight smile and is looking directly at the camera. The background is a light blue gradient.

HERRAMIENTA DEL DIARIO DE SALUD

JUDITH, Sobreviviente de Cáncer

Herramienta del Diario de Salud

CONSEJOS PARA UTILIZAR LA HERRAMIENTA DEL DIARIO DE SALUD:

- Utilice esta herramienta para anotar cualquier cambio físico o emocional que experimente.
- Trate de que las anotaciones sean cortas y concisas.
- Anote la fecha y hora de los cambios.
- Anote cuánto duraron.
- Ofrézcale el diario a su prestador de salud en cada visita.
- Si tiene dolor, utilice la escala de calificación del dolor para anotar cuán intenso es el dolor.
- Se pueden pedir copias adicionales sin cargo de la Herramienta del diario de salud en www.livestrong.org/espanol.

Herramienta del diario de salud (Ejemplo)

Nombre: Antonio Lopez

FECHA	HORA	Anote cualquier cambio en la salud física y emocional
1/1/06	6:00 am	Me estuvo doliendo la parte baja de la espalda. (dolor = 3)
1/1/06	12:00 pm	La parte baja de la espalda no me duele tanto. (dolor = 2)
1/1/06	9:00 pm	Me estuvo doliendo de nuevo la parte baja de la espalda. (dolor = 3)
1/15/06	1:00 am	No puedo dormir porque me preocupa que regrese el cáncer.
1/22/06	3:00 pm	Esta tarde me siento cansado.
1/23/06	2:00 pm	Hoy me siento cansado otra vez.
1/24/06	3:00 pm	Hoy tengo un poco más de energía.
1/28/06	5:00 pm	Hoy siento las piernas hinchadas.

**SI TIENE DOLOR, UTILICE LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL DOLOR PARA ANOTAR CUÁN INTENSO ES EL DOLOR.

Herramienta del diario de salud

Nombre: _____

FECHA	HORA	Anote cualquier cambio en la salud física y emocional

**IF YOU HAVE PAIN, USE THE PAIN RATING SCALE FOUND IN THE ADDITIONAL TOOLS SECTION TO WRITE DOWN HOW MUCH PAIN YOU HAVE.

A close-up portrait of a man with dark, spiky hair, wearing glasses and a goatee. He is looking slightly to the left of the camera with a neutral expression. The background is blurred, showing what appears to be an outdoor setting with buildings.

HERRAMIENTA DE VISTA DE SEGUIMIENTO

JOSE, Sobreviviente de Cáncer

Herramienta de visita de seguimiento

CONSEJOS PARA UTILIZAR LA HERRAMIENTA DE VISITA DE SEGUIMIENTO:

- Utilice esta herramienta para anotar todo lo que desee preguntarle a su médico.
- Relea la Herramienta del diario de salud para asegurarse de que se incluyeron todas sus inquietudes.
- Haga una nota de sus principales preocupaciones.
- Lleve esta herramienta a todas las visitas al médico.
- Pídale que anote el plan de tratamiento que le da.
- En caso de que no entienda alguna parte del plan de tratamiento, pídale al médico o a la enfermera que se lo expliquen.
- En caso de que no pueda hacer lo que le pide el médico en el plan de tratamiento, solicite otras opciones.
- Léale al médico o a la enfermera las notas con el fin de asegurarse de que el plan ha quedado claro.
- Anote la fecha y hora de la próxima cita con el médico.
- Anote si se necesitan análisis de seguimiento. En caso que así fuera, anote cualquier indicación que el médico o la enfermera le puedan haber dado sobre estos análisis.
- Haga esto durante la cita de modo que recuerde las indicaciones que le dieron.
- Se pueden pedir copias adicionales sin cargo de la Herramienta de visita de seguimiento en www.livestrong.org/espanol.

Herramienta de visita de seguimiento (Ejemplo)

Nombre: Antonio Lopez

Nombre del médico: Dr. Paul Montgomery

Fecha de la visita: 1.º de mayo de 2006

Hora de la visita: 10:00 a.m.

Motivo de la visita: visita de seguimiento

¿Se necesitan análisis de seguimiento? Sí No

En caso de que se necesiten, ¿qué tipo de análisis de seguimiento?

Análisis de sangre Radiografías Otro: _____

Indicaciones para los análisis de seguimiento:

No ingiera alimentos ni bebidas desde la medianoche hasta que le extraigan sangre.
Debe estar en el consultorio del médico a las 8:00 a.m. para la extracción de sangre.

Mis preguntas para el médico o la enfermera:

1. ¿Por qué me duele la parte baja de la espalda? ¿Qué puedo hacer para que se vaya el dolor?
2. ¿Por qué me siento cansado con frecuencia?
3. ¿Son normales mis temores?

Plan de tratamiento:

El tratamiento del cáncer produce dolor en la parte baja de la espalda y cansancio.
Los temores de recurrencia del cáncer son normales y muchos sobrevivientes experimentan los mismos temores y preocupaciones.

¿Le recetó el médico nuevos medicamentos? Sí No

En caso de una respuesta afirmativa, ¿son claras las instrucciones de cuándo y cómo tomar los medicamentos? Sí No

Fecha de la próxima visita: 1.º de agosto de 2006

Hora de la próxima visita : 10:00 a.m.

¿Se necesitan análisis de seguimiento? Sí No

En caso de una respuesta afirmativa, ¿qué tipo de análisis de seguimiento?

Análisis de sangre Radiografías Otro: _____

Indicaciones para los análisis de seguimiento:

No ingiera alimentos ni bebidas desde la medianoche hasta que le extraigan sangre.

Notas de la visita:

Tratamos mis preguntas en detalle con el médico. La enfermera también se tomó el tiempo para conversar acerca de los nuevos medicamentos que me dio el doctor. Tengo una visita de seguimiento en tres meses, y tendrán que extraerme sangre.

El médico me informó sobre los grupos de apoyo y cómo me pueden ayudar con las preocupaciones que tengo. La enfermera me dio una lista de organizaciones a las que puedo llamar para ver si existe un grupo de apoyo cerca de mi casa.

Herramienta de visita de seguimiento

Nombre: _____

Nombre del médico: _____

Fecha de la visita: _____ Hora de la visita: _____

Motivo de la visita: _____

¿Se necesitan análisis de seguimiento? Sí No

En caso de una respuesta afirmativa, ¿qué tipo de análisis de seguimiento?

Análisis de sangre Radiografías Otro: _____

Indicaciones para los análisis de seguimiento: _____

Mis preguntas para el médico o la enfermera:

Plan de tratamiento:

¿Le recetó el médico nuevos medicamentos? Sí No

En caso de una respuesta afirmativa, ¿son claras las instrucciones de cuándo y cómo tomar los medicamentos? Sí No

Fecha de la próxima visita: _____ Hora de la próxima visita: _____

¿Se necesitan análisis de seguimiento? Sí No

En caso de una respuesta afirmativa, ¿qué tipo de análisis de seguimiento?

Análisis de sangre Radiografías Otro: _____

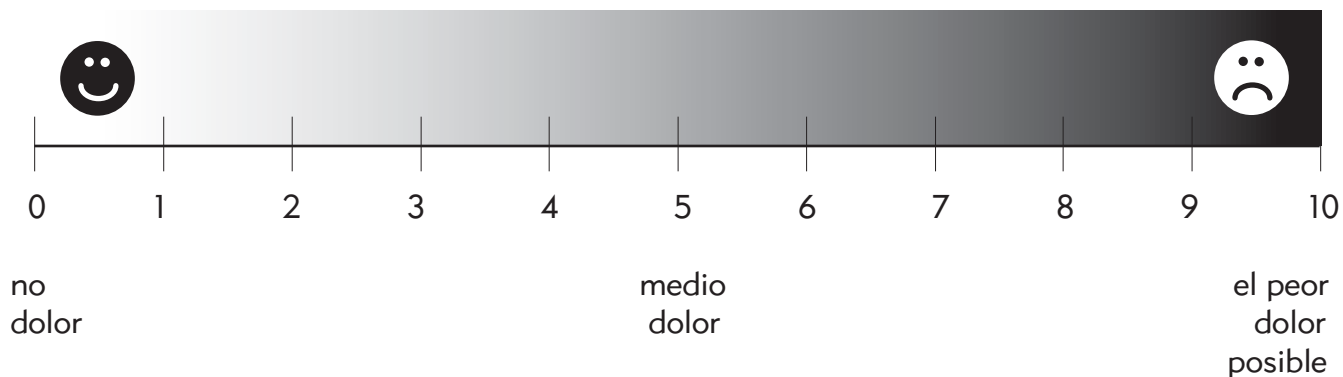
Indicaciones para los análisis de seguimiento:



RECURSOS
ADICIONALES

JENNY, Sobreviviente de Cáncer

Escala de calificación del dolor



Si está adolorido comuníquese al médico o a la enfermera para que lo puedan ayudar. Es importante que se los diga incluso si no se lo preguntan. Utilice esta escala para llevar registro del dolor en su diario. Durante la visita al médico, muéstrole a él o a la enfermera la escala y su diario de salud.

CÓMO USAR LA ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL DOLOR:

1. Cuando tenga dolor, utilice esta escala para anotar cuán intenso es el dolor.

0 significa que no tiene dolor.

1 a 5 significa que tiene un dolor moderado.

6 a 9 significa que tiene un dolor grave.

10 significa que tiene el peor dolor posible.

2. Señale el número que muestra cuán intenso es el dolor.
3. Anote este número en su diario de salud.
4. Lleve esta escala cada vez que visite a su médico.
5. Muestre el diario al médico de modo que él observe cuán intenso es el dolor.

Herramienta de recursos

En caso de que necesite mayor información o tenga inquietudes con respecto a cuestiones físicas, prácticas y emocionales de la supervivencia del cáncer, existen recursos que lo pueden ayudar. Muchos recursos brindan información y apoyo por teléfono y en sus respectivos sitios de Internet. Comience la búsqueda de ayuda e información comunicándose por teléfono con algún recurso sugerido para la lucha contra el cáncer.

Es posible que cada recurso no tenga toda la información que usted necesita. Realice preguntas para averiguar cómo lo pueden ayudar a encontrar la ayuda que necesita.

CONSEJOS PARA UTILIZAR EL TELÉFONO PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER:

Tenga paciencia, a veces ciertas líneas se congestionan, pero esperar un poco puede traerle grandes beneficios. Cuando llame a un recurso para recibir mayor información, puede utilizar las oraciones y preguntas que aparecen a continuación con el fin de obtener la información que necesita.

- Infórmele al representante del recurso que es un sobreviviente de cáncer.

Ejemplo: "Hola. Mi nombre es Antonio y soy un sobreviviente de cáncer de próstata".

- Infórmele al representante del recurso la inquietud sobre la que necesita ayuda.

Ejemplos: "Necesito mayor información acerca del manejo del dolor del cáncer".
"Necesito ayuda para encontrar grupos de apoyo en mi ciudad".
"Necesito ayuda para pagar mis facturas médicas".

- Si busca grupos de apoyo en su área, pregúntele al representante del recurso si es posible que le ayude a encontrar uno. Infórmele dónde vive y la distancia que puede recorrer para ir a un grupo de apoyo o si necesita ayuda para llegar.

Ejemplos: "¿Existen grupos de apoyo cerca de mi casa?"
"Necesito ayuda para llegar al grupo de apoyo".

- Pregúntele si cuenta con información impresa sobre sus inquietudes y cómo puede obtenerla. Es posible que deba brindar su dirección de correo postal en caso de que le envíen la información por correo.

Ejemplo: "¿Está disponible esta información en versión impresa?"
"¿Me la puede enviar por correo?"

- Es posible que tenga muchas preguntas. Tómese su tiempo y haga todas las consultas que tenga. ¡El representante del recurso está para ayudarlo! En caso de que no tenga toda la información que necesita, pídale que le brinde el nombre de otros recursos a los que pueda llamar.
- Tal vez no sepa qué preguntar. Está bien comentar las inquietudes que tiene de modo que lo puedan ayudar.
- Hable con el operador hasta que responda todo lo que necesita. Está bien si se siente un poco nervioso y no sabe bien qué decir. ¡Los operadores están para ayudarlo!

CONSEJOS PARA BUSCAR INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER EN INTERNET:

Si cuenta con acceso a Internet y prefiere encontrar recursos en línea que puedan ayudarlo, Internet es una herramienta útil. Sin embargo, si no está seguro acerca de cómo utilizarla, le sugerimos que llame a los recursos para el cáncer por teléfono para encontrar la información sobre el cáncer que necesita.

Aquí hay algunas personas que pueden ayudarlo a encontrar información acerca del cáncer en Internet:

- Promotores
- Bibliotecario
- Prestador de atención sanitaria
- Un familiar que utiliza Internet
- Una persona directamente del recurso que está utilizando

*** NO TODA LA INFORMACIÓN EN INTERNET ES CORRECTA.
DESARROLLAMOS UN LISTADO DE RECURSOS EN LOS QUE PUEDE CONFIAR.

Herramienta de grupos de apoyo

Si desea conversar con otro sobreviviente del cáncer acerca de sus inquietudes respecto a cuestiones físicas, prácticas y emocionales, lo puede ayudar unirse a un grupo de apoyo.

Los grupos de apoyo son encuentros de personas con experiencias similares que se reúnen para compartir sus historias y lo que aprendieron de la experiencia.

Los grupos de apoyo pueden ayudarlo a que los sentimientos de “Estoy completamente solo” o “Nadie me entiende” se desvanezcan.

CONSEJOS PARA UNIRSE A UN GRUPO DE APOYO:

Si busca un grupo de apoyo, a continuación le ofrecemos algunas preguntas para que le haga al representante del recurso para el cáncer que lo está ayudando a encontrar uno:

- ¿Cuántas personas hay en el grupo?
- ¿Es un grupo sólo para sobrevivientes de cáncer o está abierto a sobrevivientes, familiares y amigos?
- ¿Existe un grupo sólo para sobrevivientes hispanos/latinos? ¿Las reuniones se llevan a cabo en español?
- ¿Cuánto duran las reuniones del grupo de apoyo?
- ¿Cuándo son las reuniones?
- ¿En dónde?
- ¿Existen medios de transporte disponibles para ir y volver?

Después de contar con la información que necesita, el representante del recurso puede ayudarlo a encontrar el grupo de apoyo adecuado para usted.

Si no le gusta el grupo al que asiste, puede llamar a uno de los recursos sugeridos a fin de encontrar otro.

Se encuentran disponibles copias adicionales sin cargo del *Diario de salud del sobreviviente de cáncer* y de las herramientas incluidas; puede solicitarlas en www.livestrong.org/espanol.

