

PREPARACIÓN PARA EL ALTA DEL HOSPITAL - FORMULARIO PARA PACIENTES ©

Por favor, haga un círculo alrededor de su respuesta. Las respuestas se basan en una escala de 10 puntos, del 0 al 10. Las palabras debajo del número indican lo que significa el 0 o el 10. escoja el número del 0 al 10 que refleje mejor su opinión. Por ejemplo, si hace un círculo alrededor del número 7 significa que está más de acuerdo con el número 10 que con el número 0, pero no del todo.

1. Físicamente ¿está usted listo para ir a casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada listo Completamente listo
2. ¿Cómo describiría su dolor o malestar hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Ningún dolor/ malestar Dolor/malestar agudo
3. ¿Cómo describiría su fuerza hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Débil Fuerte
4. ¿Cómo describiría su energía hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Poca energía Mucha energía
5. Emocionalmente , ¿se siente preparado para ir a casa hoy?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada preparado Completamente preparado
6. ¿Cómo describiría su habilidad física de cuidar de si mismo hoy (por ejemplo, higiene, andar, ir al baño)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Incapaz Completamente capaz
7. ¿ Sabe cómo cuidarse cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
8. ¿ Sabe cómo atender sus necesidades personales (por ejemplo, higiene, bañarse, ir al baño, comer) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
9. ¿ Sabe cómo atender sus necesidades médicas (tratamientos, medicamentos) cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo
10. ¿ Sabe qué problemas pueden surgir cuando esté en casa?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No sé nada Lo sé todo

11. ¿Sabe a quién y cuándo llamar si tiene problemas cuando esté en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	No sé nada						Lo sé todo					
12. ¿Sabe qué restricciones tiene (lo que puede o no puede hacer) cuando esté en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	No sé nada						Lo sé todo					
13. ¿Sabe qué va a ocurrir con su plan de tratamiento médico cuando esté en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	No sé nada						Lo sé todo					
14. ¿Conoce los servicios y la información disponibles en su comunidad cuando esté en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	No sé nada						Lo sé todo					
15. ¿Cómo va a poder llevar a cabo las tareas de cada día en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Muy mal						Perfectamente					
16. ¿Cómo va a llevar a cabo su cuidado personal (por ejemplo, higiene, bañarse, ir al baño, comer) en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Muy mal						Perfectamente					
17. ¿Cómo va a llevar a cabo su tratamiento médico (por ejemplo, cuidar una incisión quirúrgica, tratamientos respiratorios, Muy mal Perfectamente ejercicio, rehabilitación, o tomar la dosis correcta de su medicina a la hora correcta) en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Muy mal						Perfectamente					
18. ¿Cuánto apoyo emocional va a tener cuando esté en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Ninguna						Mucho					
19. ¿Cuánta ayuda va a tener a la hora de su cuidado personal cuando esté en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Ninguna						Mucho					
20. ¿Cuánta ayuda va a tener con las tareas domésticas (por ejemplo, cocinar, limpiar, comprar, cuidar niños) cuando esté en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Ninguna						Mucho					
21. ¿Cuánta ayuda va a tener con su cuidado médico (tratamiento, medicinas)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Ninguna						Mucho					