



# GUÍA DE CONVERSACIÓN CON TU ONCÓLOGO



CONFÍA EN TU ONCÓLOGO  
Y EXPLÍCALE QUÉ ES IMPORTANTE PARA TI





.....

**1. ¿ESTÁS TRABAJANDO?**

SÍ       NO

¿Qué tipo de trabajo realizas?

.....

¿Tu trabajo es físicamente exigente? Si es así, explica cómo:

.....

**2. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE PARA TI MANTENER LA ACTIVIDAD LABORAL NORMAL?**

NO ES IMPORTANTE       IMPORTANTE       MUY IMPORTANTE

Si puedes, explica por qué.

.....

**3. ¿TIENES AFICIONES?**

SÍ       NO

¿Cuáles son?

.....

¿Qué importancia tienen para ti tus aficiones?

NO SON IMPORTANTES       IMPORTANTES       MUY IMPORTANTES

Si puedes, explica por qué.

.....



.....

¿Te gustaría practicar nuevas aficiones? ¿Cuáles?

.....

¿Practicas ejercicio físico de forma regular?

SÍ       NO

¿Qué tipo de ejercicio realizas?

.....

**4. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE VIAJAR PARA TI?**

NO ES IMPORTANTE       IMPORTANTE       MUY IMPORTANTE

¿Te gusta viajar al extranjero?

.....

¿Tienes algún viaje planeado o un gran evento al que esperas poder acudir?

.....

**5. ¿A QUÉ DISTANCIA ESTÁ EL HOSPITAL DE TU DOMICILIO?**

.....

¿El viaje te resulta fácil?

.....

**6. ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES OPCIONES SON IMPORTANTES PARA TI?**

Marca las que correspondan.

- |  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi aspecto físico | <input type="checkbox"/> Estar activa      | <input type="checkbox"/> Socializar |
| <input type="checkbox"/> Comer y beber     | <input type="checkbox"/> Ser independiente | <input type="checkbox"/> Deporte    |
| <input type="checkbox"/> Sexo              | <input type="checkbox"/> Salir al exterior |                                     |



.....

Usa este espacio para proporcionar más información:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. ¿QUÉ EXPERIENCIA HAS TENIDO CON LOS TRATAMIENTOS DE CÁNCER DE MAMA RECIBIDOS HASTA AHORA?**

Tratamiento.....

¿Era un tratamiento para **cáncer de mama** primario o secundario?

.....

¿Qué efectos secundarios te ha provocado?

.....  
.....  
.....

¿Cómo te has sentido en general?

.....  
.....  
.....  
.....

**8. ¿TIENES NIÑOS U OTRAS PERSONAS DEPENDIENTES A TU CARGO?**

SÍ       NO



.....

En caso afirmativo, proporciona más detalles a continuación:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

¿Cómo te gusta pasar el tiempo con familia y amigos?

.....  
.....  
.....  
.....

Gracias.  
No dudes en llevar este formulario completado  
en tu próxima cita médica.