

Mi lista de sobrevivencia

Use esta lista de verificación como guía para ayudarle a vivir la mejor vida posible durante y después del cáncer.

Tratamiento del cáncer

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Inmunoterapia | <input type="checkbox"/> Ensayos clínicos |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia (IV, puerto, oral) | <input type="checkbox"/> Trasplante de células madre/
médula ósea | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas/
biomarcadores |
| <input type="checkbox"/> Terapia de radiación | <input type="checkbox"/> Terapia complementaria/
medicina integrativa | <input type="checkbox"/> Cuidado paliativo/de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Terapia hormonal | | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Terapia dirigida | | |

Sistema de apoyo

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cónyuge/pareja | <input type="checkbox"/> Vecinos/comunidad | <input type="checkbox"/> Grupo/compañero de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Familiares | <input type="checkbox"/> Consejero espiritual/religioso | <input type="checkbox"/> Programa de sobrevivencia |
| <input type="checkbox"/> Amistades | <input type="checkbox"/> Navegador/promotora | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermero | <input type="checkbox"/> Trabajador social/administrador de casos | |

Preocupaciones y efectos secundarios

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cambios físicos/
efectos secundarios | <input type="checkbox"/> Bienestar emocional/salud mental | <input type="checkbox"/> Bienestar del cuidador/familiar |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitación (terapia física
terapia ocupacional) | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Cuidado paliativo/de apoyo |
| | <input type="checkbox"/> Fertilidad/sexualidad | |

Actividades de bienestar y apoyo

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estilo de vida saludable | <input type="checkbox"/> Consejero espiritual/religioso | <input type="checkbox"/> Voluntariado |
| <input type="checkbox"/> Consejo nutricional | <input type="checkbox"/> Actividad física/LIVESTRONG en
la YMCA* | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Dejar de fumar/límite de alcohol | <input type="checkbox"/> Terapias complementarias/remedios
naturales*: acupuntura, masaje,
yoga, Tai Chi, manejo del estrés,
meditación/técnicas de relajamiento | <i>*consulte con su médico antes
de comenzar nuevas actividades.</i> |
| <input type="checkbox"/> Educación continua/
autodefensa | | |
| <input type="checkbox"/> Grupos o compañeros de apoyo/
asesoramiento individual | | |

Preocupaciones cotidianas

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Planificación de vida (poderes notariales
y testamentos) | <input type="checkbox"/> Financiero (costos médicos, gastos del hogar) |
| <input type="checkbox"/> Seguros (salud, discapacidad) | <input type="checkbox"/> Prácticos (cuidado de niños, comidas/comestibles,
cuidado en el hogar, transporte, vivienda) |
| <input type="checkbox"/> Trabajo/derechos legales | |

Cuidado continuo/de seguimiento

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tratamiento a largo plazo _____ | <input type="checkbox"/> Rehabilitación (terapia física/terapia ocupacional) |
| <input type="checkbox"/> Seguimiento de oncología | <input type="checkbox"/> Resumen de Tratamiento y Plan de Cuidado
de Sobrevivencia |
| <input type="checkbox"/> Cuidado médico/dental/vista | <input type="checkbox"/> Programa de sobrevivencia |
| <input type="checkbox"/> Cuidado paliativo/de apoyo | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
| <input type="checkbox"/> Efectos secundarios/a largo plazo | |