



# Herramienta de evaluación de apoyo para el lupus

Use este folleto para evaluar las necesidades de un cliente con lupus sospechado o diagnosticado. Hágales las siguientes preguntas.

## ¿Ha sido diagnosticado con lupus por un médico?

• Si el cliente responde que **no**, continúe con la Parte A.

• Si el cliente responde que **sí**, continúe con la Parte B

### ► Part A: Cliente que no ha sido diagnosticado con lupus

	Si	No
1. ¿Usted ha experimentado alguno de los síntomas comunes del lupus? <i>Si el cliente responde que no, no continúe con la evaluación</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está tomando algún medicamento para controlar sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene un médico de atención primaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene un plan de tratamiento para controlar sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Conoce los derechos que tiene con respecto a su atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si el cliente responde "Sí" a las preguntas 1 o 2, animalos a hacer una lista de sus síntomas, incluyendo la frecuencia, los factores de desencadenantes y los medicamentos.*

*Si el cliente responde "No" a las preguntas 3 a 6, bríndele información para un médico de atención primaria local, incluyendo información de contacto para comunicarse con el médico e información sobre el seguro de salud, las opciones de pago y / o los derechos de los pacientes. Además, hable sobre cualquier barrera que pueda impedir que el cliente reciba atención médica.*

### ► Parte B: Cliente que ha sido diagnosticado con lupus

	Si	No
1. ¿Está tomando algún medicamento para controlar sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene un médico de atención primaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene un reumatólogo que visita regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene un plan de tratamiento para controlar sus síntomas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Conoce los derechos que tiene con respecto a su atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Pregúntales a todos los clientes de Parte A y Parte B

Pídale al cliente que evalúe las siguientes preguntas en una escala de 1 a 5

	Circule uno				
	1=nunca	2	3	4	5=todo el tiempo
7. ¿Recibe apoyo de una organización o grupo de apoyo social?	1	2	3	4	5
8. ¿Recibe apoyo de tu familia y amigos?	1	2	3	4	5
9. ¿Tiene habilidades para ayudar a manejar sus sentimientos y síntomas?	1	2	3	4	5

*Si el cliente responde "No" a las preguntas 1 a 6, bríndele información para un médico de atención primaria local, incluyendo la información de contacto para comunicarse con el médico e información sobre el seguro de salud u opciones de pago. Además, hable sobre cualquier barrera que pueda impedir que el cliente reciba atención médica.*

*Si el cliente evalúe las preguntas 7 a 9 entre 1 y 3, proporcione información y apoyo sobre recursos locales, cómo comunicarse con la familia y amigos, y la identificación de habilidades para manejar sus sentimientos y síntomas.*