

Apoyo Social

Paciente: _____

MR#: _____

Promotora: _____

Fecha: _____

Las siguientes preguntas son acerca de con cuánto apoyo usted puede contar de parte de las personas a su alrededor. Las personas a veces buscan a otros por compañerismo, para ayuda, o para otros tipos de apoyo. ¿Con qué frecuencia están disponibles cada uno de los siguientes clases de apoyo si usted los necesita?

Por favor circule un número en cada línea

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
1. Contar con alguien que le escuche cuando quiere hablar	1	2	3	4	5
2. Alguien que le dé un buen consejo acerca de algún problema	1	2	3	4	5
3. Alguien que lo/a lleve al doctor si lo necesita	1	2	3	4	5
4. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
5. Alguien que le ayude a entender un problema cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le ayude con sus tareas diarias si usted está enfermo/a	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien compartir la mayoría de sus preocupaciones y miedos más íntimos (privados)	1	2	3	4	5
8. Alguien con quien hacer algo agradable	1	2	3	4	5
9. Alguien a quien querer y que le haga sentirse querido/a	1	2	3	4	5

10. ¿Quién le ayuda en su mayoría con el cuidado de su diabetes?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Amigos |
| <input type="checkbox"/> Otros miembros de la familia | <input type="checkbox"/> Enfermera |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de Salud Comunitario | <input type="checkbox"/> Doctor |
| <input type="checkbox"/> Otro profesional del cuidado de salud | <input type="checkbox"/> Su Supervisor |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Nadie |
| <input type="checkbox"/> Ayuda pagada | |