MI VIAJE INESPERADO

Comprehensive Cancer Control
Collaborating to Conquer Cancer
NORTH CAROLINA

Un diario para un diagnóstico médico difícil.

No está solo: le acompañamos en el camino

LA BUENA NOTICIA

- Usted es un superviviente desde el momento del diagnóstico.
- Hoy en día, las personas viven más tiempo después de un diagnóstico de cáncer.

MI INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre:

Domicilio:

Teléfono móvil: ( )

Teléfono de casa: ( )

Contactos de emergencia y números de teléfono

Contacto:

Teléfono: ( )

Contacto:

Teléfono: ( )

Índice

Información general sobre mi salud 5

El historial médico de mi familia 11

Mis citas 13

Mi equipo médico 43

Mi próximo viaje 48

MI VIAJE INESPERADO

Un diario para un diagnóstico médico difícil.

Mi viaje inesperado: Este diario para un diagnóstico médico difícil le servirá para escribir información importante sobre su historial médico, los medicamentos que toma, sus proveedores médicos, los tratamientos, los resultados de análisis de laboratorio, sugerencias sobre su salud, las evaluaciones médicas, nombres y números de teléfonoimportantes, e instrucciones especiales, todo en un mismo sitio.

Lleve este diario con usted cuando vaya a sus citas, para que tenga a mano toda la información que necesita. Podrá tomar notas, escribir preguntas y respuestas y apuntar la fecha de su siguiente visita al médico.

El Programa de Control Integral del Cáncer de Carolina del Norte trabaja por apoyar a los supervivientes del cáncer a través de la colaboración, la educación y un mejor acceso a tratamientos, cuidados paliativos y otros recursos y servicios para el cáncer.

Emprenda su camino

Su diagnóstico de cáncer ha transformado su mundo inesperadamente. Con este cambio súbito es posible que se sienta paralizado, en shock, asustado y preocupado por el futuro. Lo bueno es que cada vez hay más gente que vive con cáncer prosperando en sus vidas con tratamiento o viviendo sin cáncer. Con más frecuencia que nunca, la investigación del cáncer descubre nuevos tratamientos que pueden ayudar a que los supervivientes entren en remisión y vivir más tiempo después del diagnóstico.

No está solo.
Podemos seguir adelante juntos.

Para comenzar su viaje, escriba en este diario información personal importante, los medicamentos con receta que toma, los medicamentos sin receta y el historial médico de su familia. Incluya también las vitaminas, los medicamentos que compre sin receta y los suplementos herbales y de otro tipo. Así podrá encontrar con facilidad la información que le pedirán los médicos durante las citas. Los proveedores de salud necesitarán esta información para asegurarse de que no haya interacciones con su tratamiento contra el cáncer.

Cada persona tiene una experiencia parecida, pero al mismo tiempo distinta, con el tratamiento. Esta es una experiencia nueva para usted, su familia y sus amigos. No dude en hacer preguntas sobre su tratamiento, los efectos secundarios que pueda experimentar y otras cosas que necesite hacer. Su equipo médico y el equipo de apoyo están para cuidar de usted y asistirle en su viaje.

Este diario contiene una sección en la que podrá anotar sus tratamientos y las preguntas que quiere hacerle a los médicos, y otra sección para tomar notas durante sus visitas médicas. En él anotará los pasos que da hasta convertirse en un superviviente del cáncer y para aprender a vivir más allá del diagnóstico y el tratamiento.

Una de las cosas más importantes que puede hacer al comienzo de este viaje es identificar a una persona o varias que puedan apoyarle. Puede ser un ser querido, un amigo especial o un grupo de amigos. Pueden acompañarle a las visitas y los tratamientos de cáncer, y ayudarle con otras cosas, como prepararle comidas y hacer recados. En el diario hay una sección en la que puede escribir el nombre de esas personas con su información de contacto por si su médico se la pide.

LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MI SALUD

Conozca sus valores

Presión arterial y ritmo cardiaco	Fecha	Peso	Fecha

Colesterol LDL/HDL	Fecha	Azúcar en la sangre/A1C	Fecha

LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MI SALUD

Atención médica

Vacuna	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
COVID-19				
HPV				
Neumococal				
Gripe				
Herpes zóster				
Tdap				

Visión	Fecha	Fecha
Dental	**Fecha**	**Fecha**

LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MI SALUD

Atención médica

Citas para revisiones físicas de rutina	Fecha

Alergia	Reacción

Notas

LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MI SALUD

Atención médica

Enfermedades importantes/cirugías	Fecha

LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MI SALUD

Medicamentos con receta

Nombre	Dosis

LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE MI SALUD

Medicamentos sin receta

Nombre	Dosis	¿Con qué frecuencia?

El historial médico de mi familia

Conozca el historial médico de su familia. El historial médico familiar contiene pistas sobre la salud para usted, sus seres queridos y los proveedores médicos.

Algunas afecciones como el cáncer y las enfermedades crónicas pueden ser cosa de familia. Si sabe que este es su caso, usted y sus familiares pueden tomar medidas para reducir el riesgo, como por ejemplo seguir una dieta más saludable, estar más activos y dejar el tabaco. Es importante que su médico sepa esto para poder atenderle mejor.

Reúna el historial médico de su familia. Ya ha empezado con su propia información. Escriba en el diario la información que conozca sobre la salud de sus padres, abuelos, hermanos y tíos. Pregunte a su familia o incluso a amigos cercanos de la familia. Comparta la información con su familia y dígales que es conveniente que la compartan con sus médicos.

Cuando hable con su familia, complete la tabla siguiente con el nombre del familiar y su relación con usted, su fecha de nacimiento, si ya ha fallecido, la fecha y causa de la muerte y otras enfermedades graves.

Nombre/relación	Fecha de nacimiento	Fecha del fallecimiento	Causa del fallecimiento	Otras enfermedades graves

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

Cita

Fecha:

Peso: Presión sanguínea:

Diagnóstico

Proveedor médico

Recomendación de tratamiento

Posibles síntomas/efectos secundarios

Plan de seguimiento

Siguiente cita

Lugar de la cita _____

Motivo de la cita _____

_____

_____

Proveedor médico e información de contacto

_____

_____

Preguntas/notas

MI EQUIPO MÉDICO GENERAL

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

MI EQUIPO MÉDICO GENERAL

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

MI EQUIPO MÉDICO GENERAL

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

MI EQUIPO MÉDICO GENERAL

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

MI EQUIPO MÉDICO GENERAL

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Lugar _____

Información de contacto _____

MI EQUIPO DE APOYO

Nombre _____

Relación _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Relación _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Relación _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Relación _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Relación _____

Información de contacto _____

Nombre _____

Relación _____

Información de contacto _____

El viaje de la supervivencia del cáncer

Mi viaje continuo por la supervivencia del cáncer

¡Enhorabuena! Ya casi llega al final del tratamiento del cáncer. ¡O ya ha terminado!

Puede que se pregunte qué ocurrirá ahora o qué necesita hacer. Esta es una nueva etapa de su viaje por el cáncer, en la que pasará de ser una enfermedad aguda a ser una enfermedad crónica. ¡Es hora de planear su futuro de superviviente!

El cáncer y su tratamiento afectan a cada persona de manera distinta, por lo que deberá decidir lo que necesita explorar en esta nueva normalidad. Tendrá preguntas. ¿Qué ocurrirá ahora? ¿Necesitaré continuar con tratamientos a largo plazo? Si los necesita, pida información detallada sobre los mismos: qué, cómo, cuándo, dónde, cuánto tiempo. ¿Sufriré efectos secundarios a largo plazo debido a los tratamientos que estoy terminando?

¿Cómo me siento física y emocionalmente? Me pregunto cómo me sentiré física y emocionalmente dentro de unas semanas, meses o en un año. Le surgirán más y más preguntas según vaya avanzando por su viaje. En las páginas siguientes le sugerimos algunas cosas que puede preguntar. También podrá escribir las respuestas y lo que piensa.

¡Nosotros estaremos a su lado alentándole! ¡Siga floreciendo en su viaje de supervivencia!

Preguntas que puede hacer

¿Cómo va a ser mi recuperación?

1. Pida un plan de atención por escrito que incluya los detalles de los tratamientos que haya seguido.

2. ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de mi tratamiento a corto y largo plazo? ¿Qué puedo hacer si los sufro? ¿Cuándo debería llamar a un médico? No sé qué hacer. ¿A quién puedo llamar?

Notas

Preguntas que puede hacer

¿Cómo serán las citas y pruebas del cáncer en el futuro?

1. ¿A quién veré y cuándo?
2. ¿Cuál es el motivo de la visita?
3. Hacer citas para el futuro, si es posible.

Citas y pruebas futuras (a quién veré y cuándo)	Posibles fechas

Preguntas que puede hacer

¿Cómo se coordinará con mi médico de cabecera la atención que recibiré en el futuro?

1. ¿Qué pruebas de detección, como mamografías, colonoscopias, LDCT, PSA, etc., necesitaré?
2. ¿Con qué frecuencia debo hacérmelas?
3. ¿Cuándo necesito hacer las citas?

Pruebas de detección futuras	Con qué frecuencia

Notas

Preguntas que puede hacer

¡No se olvide de las revisiones!

1. ¿Con qué frecuencia necesito visitar a mi médico de cabecera para hacerme una revisión de rutina?

2. ¿Con cuánta frecuencia necesito que me revisen la vista y los dientes?

3. ¿Necesito ver a un consejero o nutricionista?

Notas

Mi equipo de apoyo

El equipo de apoyo sigue siendo tan importante en esta etapa de su viaje por el cáncer como lo era durante el tratamiento. Pida a estas personas que exploren con usted la información que necesita y las respuestas a las preguntas. Es posible que ellos también tengan preguntas.

¿Necesita poner al día el equipo de apoyo y su información de contacto?

Grupos de apoyo para personas con cáncer

Como ya sabe, tener cáncer es una experiencia muy estresante. Conectar con otros en un grupo de apoyo puede ayudarle a afrontar los aspectos emocionales y físicos de la enfermedad. Es un lugar seguro en el que puede estar con personas que han tenido sus mismas experiencias. Es un espacio en el que manejar sus sentimientos y aprender de los demás a afrontar la vida en la nueva normalidad. También pueden recomendarle recursos en su comunidad. Su equipo médico puede sugerirle grupos de apoyo para personas con cáncer en su área. En la página siguiente encontrará espacio para escribir esta información. La Sociedad Americana del Cáncer patrocina grupos de apoyo para personas con cáncer en todo el país. Busque grupos de apoyo en el sitio web de la Sociedad Americana del Cáncer o visite Cancer.net.

Sí, usted es fuerte.
Pero recuerde que NO está solo.
Podemos seguir adelante juntos.

Reúna información sobre grupos de apoyo o de defensa del paciente a los que puede acudir.

Su proveedor médico puede darle una lista de grupos de apoyo comunitarios o nacionales para personas con cáncer, que ofrecen asistencia o información para temas y dificultades que afectan a las personas que han sobrevivido al cáncer.

Notas

- **Hable de sus preocupaciones financieras con su médico.**

  - Recursos financieros insuficientes para necesidades posteriores al tratamiento.
  - Problemas para obtener o conservar un seguro médico.
  - Problemas en el trabajo o el colegio como resultado del diagnóstico, el cuidado o los tratamientos.

- **Pregúntese: ¿Cómo está mi salud emocional?**

  - ¿Cómo me siento en mi viaje por el cáncer en estos momentos?
  - ¿Siento miedo, inseguridad o esperanza? No dude en pedir ayuda para manejar sus sentimientos sobre su diagnóstico y el viaje que ha emprendido. No está solo.

- **Busque ayuda para problemas emocionales, sexuales o con sus relaciones, si los tiene.** No sienta vergüenza. Descubrirá que no está solo con sus problemas.

- **Tienda una mano amiga.** Sea voluntario, defienda los intereses de otros pacientes con cáncer, ayude a otros. Encuentre fuerza en ayudar a los demás. Esto contribuirá a su bienestar mental y físico.

Recuerde que no está solo.

Voy a tomar las riendas de mi salud

Cómo sobreviviente del cáncer, necesitará cuidar de su salud general para reducir el riesgo de otros problemas de salud como de la obesidad, las enfermedades cardíacas o la diabetes.

▶ **¡Haga lo posible para estar lo más sano que pueda! Redoble sus esfuerzos por llevar una vida más saludable.**

- Deje de fumar, mascar tabaco o usar cigarrillos electrónicos. Para dejar de fumar hace falta práctica. Puede obtener ayuda en QuitlineNC.
- Siga una dieta sana. Los alimentos saludables son combustible para el cuerpo. Le dan energía y refuerzan el sistema inmunológico. Haga un plan. ¿Qué hábitos alimentarios saludables puede adoptar? ¿No tiene hambre? ¿Siente malestar? Hable con su médico o nutricionista.
- ¡No deje de moverse! Busque maneras de ayudar a su cuerpo a fortalecerse. Haga un plan. ¿Cómo puede ejercitar su cuerpo hoy?

INFORMACIÓN PARA SOBREVIVIENTES DEL CÁNCER

Programa integral de control del cáncer

Oficina de prevención y control del cáncer
Sección de lesiones y enfermedades crónicas

División de Salud Pública

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte 5505 Six Forks Road, Raleigh, NC 27609

Dirección postal:
1922 Mail Service Center,
Raleigh, NC 27699-1922

Oficina: (919) 707-5300 | **Fax:** (919) 870-4812
https://nccancer.dph.ncdhhs.gov

Nuestro especial agradecimiento al **Programa Village of STRENGTH™** de The Caraway Foundation por su contribución con las experiencias de sobrevivientes y cuidadores para la elaboración del Viaje Inesperado.

El **Programa Village of STRENGTH™** ofrece muchos recursos para ayudar a los residentes de Carolina del Norte que sean pacientes, SUPERVIVIENTES y cuidadores de una enfermedad crónica, como puede ser cáncer, embolias, ataques al corazón, lupus etc. El programa también ofrece grupos de apoyo, programas educativos y ayuda con el transporte.

www.TheCarawayFoundation.org

NC DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Division of Public Health

Comprehensive Cancer Control
Collaborating to Conquer Cancer
NORTH CAROLINA

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte • División de Salud Pública • Departamento de Prevención y Control del Cáncer • https://publichealth.nc.gov • NCDHHS es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. 2/23