



Nombre _____

Fecha: _____

Banderas verde: **Todo en orden**

Su nivel de comodidad es _____ Escala de 0-10; 0 = sin dolor y 10 = el peor dolor que ha tenido



- ✓ Puede realizar las actividades básicas y descansar cómodamente
- ✓ No tiene ningún dolor nuevo
- ✓ Está tomando medicamentos opioides para el dolor y defeca por lo menos cada 2 o 3 días

Lo que ello podría indicar:

- ✓ Está controlando el dolor en un nivel aceptable para usted
- ✓ Continúe tomando sus medicamentos según lo prescrito
- ✓ Continúe empleando _____ (hielo, calor, terapia, relajación, etc.), junto con sus medicamentos
- ✓ No deje de asistir a todas sus citas médicas
- ✓ Continúe realizando ejercicio regularmente según lo prescrito

Banderas amarillas: **Precaución**

Si experimenta cualquiera de los siguientes:



- ✓ Dolor que supera su nivel de comodidad con sus tratamientos habituales
- ✓ No puede realizar las actividades básicas o descansar cómodamente
- ✓ Un nuevo dolor que nunca tuvo
- ✓ Si está tomando medicamentos opioides y no ha defecado en 2 o 3 días
- ✓ Está durmiendo más que de costumbre
- ✓ Siente ganas de vomitar
- ✓ No puede tomar sus medicamentos He tenido diarrea más de tres veces en un día, o vomité más de una vez en un día.
- ✓ No me siento bien para ir al tratamiento de diálisis.

Lo que ello podría indicar:

- ✓ Es posible que sea necesario cambiar su plan de control del dolor.

Llame a su servicio domiciliario de enfermería o a su médico de cabecera

Servicio domiciliario de enfermería:

Teléfono: _____

Médico: _____

Teléfono: _____

**Conozca los signos de advertencia:
Cansancio mental, emocional o físico**

Si observa un indicador de Precaución de la Zona amarilla, colabore estrechamente con su equipo de atención médica