

# Evaluación para Cuidado Espiritual

Para que el paciente complete

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. ¿Usted tiene alguna necesidad espiritual en la cual podamos ser de ayuda? (Por favor marque uno.)

Si

No

2. ¿Qué tan urgente es esta necesidad? Por favor circula una de las siguientes:

Extremadamente urgente. Estoy en desesperación.

Necesito ayuda urgente.

Necesito ayuda, pero no es urgente.

Estoy bien.



3. ¿Cómo describiría su fe en el día de hoy? Circule una de las siguientes:



Fe Activa



Comenzando



Aún no sé



Abierto a discutir



No me interesa

4. Tus prácticas espirituales al momento son (circule todo lo que aplique):

Ninguna

Visito una iglesia o comunidad de fe

Oración

Leo o estudio las Sagradas Escrituras

Tiempo devocional

Otra: \_\_\_\_\_

5. ¿Qué tan cerca/lejos se siente de Dios en este momento de su vida?

Muy cerca

Algo cerca

No sé

Algo lejos

Muy lejos

6. ¿Cuál es su religión? \_\_\_\_\_

7. ¿Usted tiene creencias religiosas que puedan afectar sus decisiones medicas?

Si es el caso, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿A usted le gustaría que nosotros oremos con usted? Si  No

Si es el caso, que peticiones tiene? (Esto es opcional.) \_\_\_\_\_

9. ¿Usted tiene a alguien que se preocupa por usted y que le ama? (Por favor marque uno.)

Si

No