



A medida que atendemos las necesidades de su ser querido, queremos que se sienta seguro al saber lo que puede hacer, como cuidador y familia, para brindar a su ser querido la mejor calidad de vida posible, actual y futura. Vaya a www.hospiceofrockinghamcounty.com/videos y haga clic en el enlace "Entrenamiento paliativo para cuidadores y familias."

Para los cuidadores y la familia de _____ **Fecha** _____
 For Caregivers and Family of _____ (Nombre/Name) _____ (Date)



Revise los títulos de los videos que se relacionan con las necesidades actuales y las cosas que el cuidador y la familia pueden hacer para ayudar. Check video titles that relate to current needs and things the caregiver and family can do to help.

<input type="checkbox"/> Preguntas PRINCIPALES <small>Core Questions</small>  Notas:	<input type="checkbox"/> Dolor y Consuelo <small>Pain and Comfort</small>  Notas:
<input type="checkbox"/> Medicamentos y efectos secundarios <small>Medications and Side Effects</small>  Notas:	<input type="checkbox"/> Disnea (falta de aire) <small>Shortness of Breath</small>  Notas:
<input type="checkbox"/> Moverse con seguridad <small>Moving Safely</small>  Notas:	<input type="checkbox"/> Ansiedad <small>Anxiety</small>  Notas:
<input type="checkbox"/> Tristeza <small>Sadness</small>  Notas:	<input type="checkbox"/> Creencias y valores <small>Beliefs and Values</small>  Notas:
<input type="checkbox"/> Señales de cambio <small>Signs of Change</small>  Notas: Importante: tenga cuidado	<input type="checkbox"/> Momentos finales <small>Final Moments</small>  Notas: Precaución: información sensible