|  |
| --- |
| **[NOTA: La reclutadora le va dar a la compañera los datos de la clienta. Después la compañera le va llamar a la clienta para hacer la primera cita.]** |
| **Información de la clienta:**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **1) Persona que sabe cómo localizarle si no podemos** Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación con la cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **2) Persona que sabe cómo localizarle si no podemos** Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación con la cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre de la Compañera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la reclutadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Contactos:** |
| **Fecha**  | Hora | Notas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Semana #1Cita  | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 1.****Sesión Reacciones****al cáncer** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
| 1. ¿Se acordó la clienta de algunas reacciones comunes a un diagnóstico de cáncer del seno?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta describir los beneficios de la respiración profunda?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| Semana #2 Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 2.****Sesión cáncer del seno** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Termómetro para medir angustia? | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Práctica de la respiración profunda? | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Tuvo la clienta algún problema para hacer la meta semanal?

**Si SÍ, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo describir la clienta lo que es el cáncer del seno?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Fue capaz la clienta identificar preguntas para hacerle a sus doctores acerca de su cáncer del seno?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de describir correctamente cómo utilizar el un plan de cuidado de sobreviviencia?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Semana #3 Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 3.****Sesión****Información****sobre el cáncer** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Termómetro para medir angustia? | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Práctica de la respiración profunda? | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Tuvo la clienta algún problema para hacer la meta semanal?

**Si SÍ, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de describir cómo le haría preguntas a su doctor sobre su cáncer?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de describir correctamente cómo utilizar el Servicio de Información sobre el Cáncer (CIS)?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Semana #4 Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 4.****Sesión****Buscando apoyo** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
|  |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Termómetro para medir angustia? | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Práctica de la respiración profunda? | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Tuvo la clienta algún problema para hacer la meta semanal?

**Si SÍ, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de describir algunas maneras cómo puede ayudar a su familia a enfrentar su cáncer?

**Si NO, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de describir algunas habilidades útiles para expresar sus sentimientos a otras personas?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Semana #5 Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 5.****Sesión****Pensa-mientos p.1** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
|  |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Termómetro para medir angustia? | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Práctica de la respiración profunda? |  ⬜ Sí | ⬜ No |
| Conversar con la persona con quien tuvo dificultades expresarse? | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Tuvo la clienta algún problema para hacer la meta semanal?

**Si SÍ, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta recordar qué son los pensamientos inútiles?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta recordar qué son los pensamientos útiles?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| Semana #6Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 6.****Sesión****Pensa-****mientos p.2** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
|  |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| ¿Fue capaz la clienta de agregar o usar “Sí, pero” a los pensamientos inútiles? **Si NO, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
| 1. ¿Pudo la clienta recordar qué son los pensamientos inútiles?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta recordar la clienta qué son los pensamientos útiles?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de describir algunas habilidades que usó ella durante la semana pasada para cambiar pensamientos inútiles a pensamientos útiles?

**Si NO, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Semana #7Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 7.****Sesión****Manejo****de****estrés** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
| 1. Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Fue capaz la clienta de pensar en sus propias afirmaciones de afrontamiento? **Si NO, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta identificar algunas de las técnicas nuevas de relajación?

**Si NO, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Semana #8 Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 8.****Sesión****Metas para****sentir****mejor** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
|  |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Practicar una de las técnicas nuevas de relajación? | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Tuvo la clienta algún problema para hacer la meta semanal?

**Si SÍ, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta identificar al menos dos actividades que pueden ayudarle a sentirse mejor?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de identificar metas claras y alcanzables para hacer las actividades que pueden ayudarle a sentirse mejor?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Semana #9 Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 9.****Sesión****Metas para una****vida****saludable** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
|  |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Fue capaz la clienta de identificar metas claras y alcanzables para sentirse mejor? | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Tuvo la clienta algún problema para hacer la meta semanal?

**Si SÍ, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta identificar algunas maneras de vivr una vida más saludable?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta describir algunos beneficios de caminar o del ejercicio?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| Semana #10 Cita | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmado el: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Semana 10.****Sesión****Metas para****El futuro** | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de iniciar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Hora de finalizar la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm | Tiempo total de la sesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_minutos/horasTiempo total en camino: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos/horasMillas en total: \_\_\_\_\_\_\_millas |
| **Conteste las siguientes preguntas:** |  |  |
|  |  |  |
| 1. ¿Hizo la clienta la meta semanal…
 |  |  |
| Fue capaz la clienta de identificar metas claras y alcanzables para ser más activa? | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Tuvo la clienta algún problema para hacer la meta semanal?

**Si SÍ, describa aquí:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⬜ Sí | ⬜ No |
|  |  |  |
| 1. ¿Pudo la clienta identificar al menos dos actividades que pueden ayudarle a sentirse mejor?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| 1. ¿Fue capaz la clienta de identificar metas claras y alcanzables para cuidar de sí misma?
 | ⬜ Sí | ⬜ No |
| En cuanto la clienta termine el programa Nuevo Amanecer envíe estas formas de la clienta a Jasmine. |