

Identificación **Fecha**

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, seleccione “NO”. Si los ha experimentado seleccione “SI”, e indique que edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (por ejemplo: 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas, 4 años).

Acontecimiento	SI	NO	EDAD	DURACIÓN
1.- Accidente de coche, tren o avión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Accidente industrial o de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Pérdida del hogar por incendio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Muerte inesperada de un miembro dela familia o amigo íntimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Estar próximo a ahogarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Abuso físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Sufrir graves quemaduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Ser tomado por rehén	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Combate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Agresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Violación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Incesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Secuestro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Otra situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación **Fecha**

Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, por favor indique el que le resulta más desagradable recordar ahora. Conteste SI o NO en relación a dicho acontecimiento.

ACONTECIMIENTO:		
	SI	NO
1.- ¿Estaba preparado para el suceso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- El acontecimiento ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- ¿Se ha sentido “diferente” de otras personas, debido al acontecimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Identificación **Fecha**

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces experimentan síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos, en cualquier momento después del suceso.

	SI	NO
1.- Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Estar nervioso o fácilmente asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Sentir como si tuviera que permanecer en guardia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Dificultad para dormir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Problemas de concentración.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Pérdida de interés / placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Evitar hacer algo que le recuerde el suceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Evitar pensamientos o sentimiento asociados con el suceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- No poder recordar una parte importante del suceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Sentirse distanciado o alejado de la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- ¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PUNTUACIÓN: