

Identificación Fecha1/2

	SI	NO
1.- ¿Cuál es la razón principal de estar aquí (marcar todas si son apropiadas)		
Quejas de dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas psicológicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quejas físicas/enfermedad (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras razones (especifique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Durante las últimas semanas, ha padecido de un sentimiento de tristeza, depresión o pérdida de energía durante la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- En las 2 últimas semanas ¿ha experimentado ataques de ansiedad, cuando de repente tenía miedo, estaba nervioso/a o bastante intranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Durante las últimas semanas ¿ha experimentado fuertes temores irracionales, en situaciones sociales tal como hablando con otros, haciendo cosas delante de otros o siendo el centro de atención?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Durante las dos últimas semanas ¿ha estado molesto por fuertes temores irracionales de usar el transporte público, estar en una tienda, haciendo cola o en sitios públicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- En los 2 últimos meses ¿ha experimentado acontecimiento inusual o situación terrible o inquietante o ha padecido de las secuelas de tal acontecimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Durante las últimas 4 semanas ¿ha estado molesto con un sentimiento de estar preocupado/a, tenso/a, ansioso/a la mayor parte del tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Estuvo ansioso/a, preocupado/a por cosas de su vida diaria, tal como tareas de casa, el trabajo, la familia, el/la compañero/a, los niños?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Estuvo preocupándose de su salud física o enfermedad somática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- ¿Estuvo preocupado por otras cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- ¿Se preocupó mucho más de lo que otra gente haría en su situación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- ¿Encuentra difícil parar de preocuparse, aunque lo ha intentado fuertemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Cuando estuvo preocupado o ansioso ¿sintió frecuentemente ...		
... intranquilidad, temor o "los pelos de punta"?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... cansancio o agotamiento fácilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... que tenía dificultad en concentrarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... que estuvo nervioso/a o irritable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... estar tenso, o molesto por dolores musculares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... tenía dificultad en mantener el sueño o quedar dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... palpitaciones o taquicardias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... temblores o sacudidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... que sudó mucho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... que tenía dificultad en respirar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... inquietud, debido a su preocupación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- ¿Interfirieron mucho el sentimiento de preocupación o de ansiedad con las actividades cotidianas en el trabajo, de casa o en sus relaciones con otros/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- ¿Cuándo empezó este periodo de preocupación? Fue hace		
Semanas	<input type="radio"/>	
Meses	<input type="radio"/>	
Años		<input type="radio"/>

Identificación Fecha

Motivo de acudir a la consulta:	<input type="text"/>
Trastorno depresivo mayor:	<input type="text"/>
Trastorno y síndrome de pánico:	<input type="text"/>
Trastorno de ansiedad social:	<input type="text"/>
Agorafobia:	<input type="text"/>
Trastorno de estrés postraumático:	<input type="text"/>
Trastorno de ansiedad generalizada:	<input type="text"/>
Criterios de ansiedad generalizada:	<input type="text"/>
Duración del cuadro:	<input type="text"/>