

**Identificación** ..... **Fecha** .....

**Cuando tuvo la última crisis de angustia notó alguno de estos síntomas con la intensidad siguiente:**

- A:** No le pasó                                      **B:** Lo noté algo, con una intensidad leve  
**C:** Lo noté bastante                              **D:** Lo aprecié mucho

	A	B	C	D
1.- ¿Notó que le faltaba la respiración? (Le resultaba difícil respirar?) .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- ¿Sintió como si se hubiese atragantado? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- ¿Notó aceleración en el pulso o como golpes en el pecho? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- ¿Notó dolor o presión en el pecho? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- ¿Sudó? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- ¿Sintió que iba a desmayarse? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- ¿Se sentía mareado o inestable, como si fuese a caer? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- ¿Tuvo náuseas, estómago revuelto o la sensación de que iba a tener diarrea? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- ¿Le parecían irreales las cosas que le rodeaban o se sintió separado de esas cosas o de parte de su cuerpo? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- ¿Notó hormigueo o entumecimiento en alguna parte de su cuerpo? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- ¿Tuvo escalofríos u oleadas de calor? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- ¿Tuvo temblores o sacudidas? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- ¿Tuvo miedo de poderse morir? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- ¿Temió estar volviéndose loco o perder el control? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL:**