

Identificación **Fecha**

Puntúe según la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas de acuerdo a estos criterios:

1. Ausente 2. Ligera 3. Moderada 4. Fuerte

	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO <i>¿Se siente Vd. nervioso, ansioso?</i>				
2. TEMOR <i>¿Se siente Vd. asustado?</i>				
3. PANICO <i>¿Se aterroriza Vd. con facilidad?</i>				
4. DISGREGACION <i>¿Se siente Vd. cómo si fuese a volverse loco?</i>				
5. PREOCUPACION <i>¿Se siente Vd. cómo si fuese a ocurrir algo terrible?</i>				
6. TEMBLOR <i>¿Se siente Vd. tembloroso?</i>				
7. ALGIAS Y DOLORES CORPORALES <i>¿Tiene Vd. dolores de cabeza, cuello o espalda?</i>				
8. FATIGABILIDAD <i>¿Se cansa Vd. con facilidad? ¿Se siente Vd. débil a ratos?</i>				
9. INQUIETUD <i>¿Se encuentra Vd. inquieto? ¿Hasta el punto de no poder permanecer sentado?</i>				
10. PALPITACIONES <i>¿Siente Vd. que su corazón late deprisa?</i>				
11. MAREO <i>¿Se siente Vd. mareado a ratos?</i>				
12. DESAMAYOS <i>¿Se ha desmayado Vd. a veces? ¿Ha sentido cómo si fuera a desmayarse?</i>				
13. DISNEA <i>¿Siente Vd. dificultad para respirar?</i>				
14. PARESTESIAS <i>¿Tiene Vd. sensación de acorchamiento en los dedos o alrededor de la boca?</i>				
15. NAUSEAS Y VOMITOS <i>¿Siente Vd. náuseas? ¿Vómitos?</i>				
16. FRECUENCIA URINARIA <i>¿Necesita Vd. ir a orinar con mucha frecuencia?</i>				
17. SUDORACION <i>¿Se siente Vd. sudoroso, con las manos húmedas y frías?</i>				
18. BOCHORNOS <i>¿Tiene Vd. bochornos?</i>				
19. INSOMNIO INICIAL <i>¿Le cuesta a Vd. trabajo dormirse?</i>				
20. PESADILLAS <i>¿Tiene Vd. sueños que le asustan, pesadillas?</i>				

TOTAL: