

Lista de verificación de síntomas

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de hoy: _____

Lea la descripción de cada preocupación y encierre en un círculo el número que mejor describa cuánta molestia ha sentido en los últimos dos días, incluyendo el día de hoy.

0 = para nada 1 = un poco 2 = moderado 3 = bastante 4 = extremadamente

En los últimos dos días, cuánta molestia sintió por:

Sentirse inquieto, agitado	0	1	2	3	4	Sentirse vacío	0	1	2	3	4
Cambios drásticos de humor	0	1	2	3	4	Reacciones emocionales intensas	0	1	2	3	4
Conducta imprudente, impulsiva	0	1	2	3	4	Impulso de lesionarse a sí mismo	0	1	2	3	4
Mucha energía, sin necesidad de dormir	0	1	2	3	4	Pesadillas	0	1	2	3	4
Miedos o pensamientos irracionales	0	1	2	3	4	Siempre “alerta” o “en guardia”	0	1	2	3	4
Pensamientos que le provocan miedo	0	1	2	3	4	Asustarse fácilmente	0	1	2	3	4
Ver cosas que los demás no ven	0	1	2	3	4	Recuerdos de escenas de traumas pasados	0	1	2	3	4
Sentir que podría herir a alguien	0	1	2	3	4	Sensación de “irrealidad”	0	1	2	3	4
Escuchar voces que los demás no pueden oír	0	1	2	3	4	Problema con recuerdos dolorosos	0	1	2	3	4
Sensación de estar siendo observado	0	1	2	3	4	Nunca sentirse cercano o conectado	0	1	2	3	4
Sentir que alguien complota contra usted	0	1	2	3	4	Vómitos	0	1	2	3	4
Los demás pueden leer sus pensamientos	0	1	2	3	4	Sentir vergüenza de mi cuerpo	0	1	2	3	4
Sentir ansiedad y preocupación	0	1	2	3	4	Atracones con la comida	0	1	2	3	4
Miedo a irse de la casa	0	1	2	3	4	Sentir que los demás no son comprensivos	0	1	2	3	4
Períodos de terror o pánico	0	1	2	3	4	Miedo a ser abandonado por los demás	0	1	2	3	4
Palpitaciones o corazón acelerado	0	1	2	3	4	Patrón de problemas en las relaciones	0	1	2	3	4
Verificar y volver a verificar las cosas	0	1	2	3	4	Juegos de apuestas	0	1	2	3	4
Sentir la necesidad de contar cosas	0	1	2	3	4	Sentir que se irrita y se molesta con facilidad	0	1	2	3	4