

Solo para evaluaciones psiquiátricas. Complete solo el formulario de la parte o partes del cuerpo que se lesionaron. Puede escribir en este formulario desde una computadora o un teléfono, guardarlo y enviarlo por correo electrónico a info@mlenj.com antes de su cita, o imprimirlo y traerlo. Traiga también cualquier radiografía, resonancia magnética o tomografía (películas o discos) que tenga.

Nombre completo

Fecha de nacimiento

Fecha de hoy

Instrucciones: A continuación, hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Teniendo en mente su peor evento, por favor lea cada problema cuidadosamente y luego seleccione uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema durante el último mes.

Tu peor evento:

	Nada en absoluto 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremadamente 4
Durante el último mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:					
1. Recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si realmente estuviera allí reviviéndola)?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Sentirse muy angustiado(a) cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración)?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Tener creencias negativas muy fuertes acerca de sí mismo(a), otras personas o el mundo (por ejemplo, pensamientos como: ¿soy malo(a), hay algo seriamente mal en mí, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Culparse a sí mismo(a) o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Sentirse distante o desconectado(a) de otras personas?	☐	☐	☐	☐	☐

Durante el último mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada en absoluto 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Bastante 3	Extremadamente 4
14. Dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, no poder sentir felicidad o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Comportamiento irritable, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Estar "súper alerta", o vigilante, o en guardia?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Sentirse muy nervioso(a) o sobresaltarse fácilmente?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Tener dificultad para concentrarse?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Tener dificultad para dormirse o mantenerse dormido(a)?	☐	☐	☐	☐	☐