



¿Ha necesitado asistencia? ☐

(De ser así, por favor marca la casilla)

## Uso profesional

Código de la cliente:

         

Edad:

 

F ☐

M ☐

Fecha de administración:

D D M M A A A A

       

Fase actual:

S Selección  
R Derivación  
A Evaluación  
F Primera sesión de terapia  
P Previo a la terapia (no especificado)  
D Durante la terapia  
L Última sesión de terapia  
X Seguimiento 1  
Y Seguimiento 2

Código del centro:

   

Código del Terapeuta:

   

Episodio:

 

**Estas preguntas son sobre cómo te has sentido DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS. Por favor lee cada pregunta con atención. Piensa cuántas veces te has sentido así en la última semana. A continuación, selecciona la opción que creas que se ajusta mejor.**

## DURANTE LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS...

	Nunca	Muy pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1 Me he sentido ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 No he tenido ganas de hablar con nadie	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 Me he sentido capaz de enfrentar mis problemas	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 He sentido que tengo a alguien a quién podría pedir ayuda	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6 Mis pensamientos y sentimientos me han molestado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 Mis problemas han sido demasiado para mí	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8 He tenido problemas para quedarme dormida o para dormir toda la noche	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9 Me he sentido triste	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10 He hecho todas las cosas que quería hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

**GRACIAS POR RESPONDER ESTAS PREGUNTAS.**