



¿Ha necesitado asistencia? ☐

(De ser así, por favor marca la casilla)

Código del centro:

Código del/de la chico/chica:

Código del terapeuta:

Subcódigos

Fecha de la administración:

/    /

Sexo: M ☐

F ☐

Edad:

Fase actual:

S Cribado Fase ☐

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

Episodio ☐

**Estas preguntas son sobre cómo te has sentido EN LA ÚLTIMA SEMANA.**  
**Por favor, lee cada pregunta con atención. Piensa cuantas veces te has sentido así en la última semana y a continuación marca claramente con una cruz la casilla que creas que encaja mejor.**

## DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
1.Me he sentido inquieto/a o nervioso/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.No me ha apetecido 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 enfrentarme a las cosas cuando iban mal	<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 mismo/a	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5.Ha habido alguien a quien he sentido que 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 alterado	<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 dormirme 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 infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10.He hecho todo lo que me había propuesto	<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**