

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

GAD-7

Psicólogo: Iván Martínez Alanís.

Fecha: *Día/Mes/Año*

Nombre de Usted:

Instrucciones: Marque porfavor la casilla para indicar su respuesta.

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1- Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta				
2- No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación				
3- Preocuparse demasiado por diferentes cosas				
4- Dificultad para relajarse				
5- Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente				
6- Molestarse o ponerse irritable fácilmente				
7- Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar				

Puntaje (no llenar):

Anotaciones del Psicólogo:

Al enviar el presente documento usted
autoriza utilizarlo para fines de
su proceso clínico