

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PANIC ATTACK RECORD

Psicólogo: Iván Martínez Alanís.

Fecha de entrega:
Día/Mes/Año

Nombre de Usted:

Instrucciones: Conteste el recuadro por cada ataque de pánico tenido, marque todos los síntomas que se presentaron al menos en un grado leve.

Ataque	Fecha:	Esperado:	Nivel Máximo de Miedo:			Situación Desencadenante:	
	Hora de Inicio:	No Esperado:	Nada	Moderado	Extremo		
			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10				
	Palpitaciones, golpeto o aceleración del corazón <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar o asfixia <input type="checkbox"/>	Náuseas o malestar abdominal <input type="checkbox"/>	Escalofríos o sensación de calor <input type="checkbox"/>	Sensación de irrealidad o separarse de uno mismo <input type="checkbox"/>	Miedo a morir <input type="checkbox"/>	
	Sudoración <input type="checkbox"/>	Sensación de ahogo <input type="checkbox"/>	Mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo <input type="checkbox"/>	Entumecimiento o hormigueo <input type="checkbox"/>	Miedo a perder el control o "volverse loco" <input type="checkbox"/>	Temblores <input type="checkbox"/>	
	Dolor o malestar en el tórax (pecho) <input type="checkbox"/>	Pensamiento: _____			Compartamiento: _____		

Ataque	Fecha:	Esperado:	Nivel Máximo de Miedo:			Situación Desencadenante:	
	Hora de Inicio:	No Esperado:	Nada	Moderado	Extremo		
			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10				
	Palpitaciones, golpeto o aceleración del corazón <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar o asfixia <input type="checkbox"/>	Náuseas o malestar abdominal <input type="checkbox"/>	Escalofríos o sensación de calor <input type="checkbox"/>	Sensación de irrealidad o separarse de uno mismo <input type="checkbox"/>	Miedo a morir <input type="checkbox"/>	
	Sudoración <input type="checkbox"/>	Sensación de ahogo <input type="checkbox"/>	Mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo <input type="checkbox"/>	Entumecimiento o hormigueo <input type="checkbox"/>	Miedo a perder el control o "volverse loco" <input type="checkbox"/>	Temblores <input type="checkbox"/>	
	Dolor o malestar en el tórax (pecho) <input type="checkbox"/>	Pensamiento: _____			Compartamiento: _____		

Ataque	Fecha:	Esperado:	Nivel Máximo de Miedo:			Situación Desencadenante:	
	Hora de Inicio:	No Esperado:	Nada	Moderado	Extremo		
			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10				
	Palpitaciones, golpeto o aceleración del corazón <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar o asfixia <input type="checkbox"/>	Náuseas o malestar abdominal <input type="checkbox"/>	Escalofríos o sensación de calor <input type="checkbox"/>	Sensación de irrealidad o separarse de uno mismo <input type="checkbox"/>	Miedo a morir <input type="checkbox"/>	
	Sudoración <input type="checkbox"/>	Sensación de ahogo <input type="checkbox"/>	Mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo <input type="checkbox"/>	Entumecimiento o hormigueo <input type="checkbox"/>	Miedo a perder el control o "volverse loco" <input type="checkbox"/>	Temblores <input type="checkbox"/>	
	Dolor o malestar en el tórax (pecho) <input type="checkbox"/>	Pensamiento: _____			Compartamiento: _____		

Ataque	Fecha:	Esperado:	Nivel Máximo de Miedo:			Situación Desencadenante:	
	Hora de Inicio:	No Esperado:	Nada	Moderado	Extremo		
			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10				
	Palpitaciones, golpeto o aceleración del corazón <input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar o asfixia <input type="checkbox"/>	Náuseas o malestar abdominal <input type="checkbox"/>	Escalofríos o sensación de calor <input type="checkbox"/>	Sensación de irrealidad o separarse de uno mismo <input type="checkbox"/>	Miedo a morir <input type="checkbox"/>	
	Sudoración <input type="checkbox"/>	Sensación de ahogo <input type="checkbox"/>	Mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo <input type="checkbox"/>	Entumecimiento o hormigueo <input type="checkbox"/>	Miedo a perder el control o "volverse loco" <input type="checkbox"/>	Temblores <input type="checkbox"/>	
	Dolor o malestar en el tórax (pecho) <input type="checkbox"/>	Pensamiento: _____			Compartamiento: _____		

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