



¿Ha necesitado asistencia?
 (De ser así, por favor marca la casilla)

Código del centro:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Código del/de la chico/chica:	<input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
Código del terapeuta:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fase actual:
Subcódigos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fase <input type="text"/>
Fecha de la administración:	d <input type="text"/> d <input type="text"/> / m <input type="text"/> m <input type="text"/> / a <input type="text"/> a <input type="text"/> a <input type="text"/> a	Episodio <input type="text"/>

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