

Cynthia Robles, MFT
Licensed Marriage and Family Therapist

Cuestionario del Paciente

Evaluación

Por favor, díganos su condición a partir de hoy.

1. ¿Se ha sentido irritable, problemas de cansancio, con la concentración o la memoria?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

2. ¿Se ha sentido nervioso, tembloroso, falta de aliento o palpitaciones del corazón?_

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

3. ¿Se ha sentido un aumento en el discurso de presión o grandioso?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

4. ¿Ha sido impulsivo o tenía un comportamiento agresivo?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

5. ¿Ha participado en la conducta imprudente o tomar el riesgo?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

6. ¿Ha tenido un aumento o disminución en el sueño o el apetito?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

7. ¿Ha tenido un cambio en su rutina diaria de trabajo, o el rendimiento escolar?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

9. Ha habido un aumento de problemas en sus relaciones, el matrimonio o la familia?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

10. ¿Se ha sentido la desesperación o desesperanza?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

11. ¿Ha empezado o haya aumentado la cantidad de consumo de alcohol / drogas?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho

12. ¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño a sí mismo oa los demás?

___ No ___ Un poco ___ Algo ___ Mucho