

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas? <i>(Use "✓" para indicar su respuesta)</i>	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilo/a	0	1	2	3
6. Molestarse o irritarse fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Por favor envíe el cuestionario por correo electrónico a: rguerreromd@sbcglobal.net

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas a través de una beca educativa de Pfizer Inc. No se requiere autorización para reproducir, traducir, exhibir o distribuir este material.