

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) Scale



Información del paciente				
Fecha de servicio				
Nombre del paciente:				
Fecha de nacimiento:				
Sexo:				
Cuestionario				
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Marque sus respuestas con un círculo)	De nada	Varias días	Más de la mitad los días	Cerca de Cada día
1. Sentirse nerviosa, ansiosa o al borde	0	1	2	3
2. No poder detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Problemas para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieta que es difícil quedarse quieta	0	1	2	3
6. Volverse fácilmente molesta o irritable	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera suceder.	0	1	2	3
	0	1	2	3
Calcule los totales de cada columna y combínelos para obtener la puntuación total.				
<p>Si ha marcado alguno de los problemas anteriores, ¿en qué medida estos problemas le han dificultado realizar su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?</p> <p>___ Nada difícil</p> <p>___ Algo difícil</p> <p>___ Muy difícil</p> <p>___ Extremadamente difícil</p>				
Puntuación total:				