

# Center for Family Development

## Cuestionario de Niño/ adolescente

Padres- para que yo pueda evaluar completamente a su niño (a) o adolescente, por favor llene el siguiente formulario de admisión lo mejor que pueda. Comprendo que es mucha información y es posible que no recuerde o que tenga acceso a ella; haga lo mejor posible. Si hay información que no quiere en su expediente médico, está bien si no la incluye en esta forma. Si hay alguna pregunta que no se aplica a su hijo(a) marque N/A. Muchas gracias!

### IDENTIFICATION DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Sobrenombre \_\_\_\_\_ Fecha de la primer cita: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ # SS \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Educ. Especial: Si No Clase de certificación: \_\_\_\_\_

Madre Biológica \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Empleador de la madre: \_\_\_\_\_ Tiene el hijo(a) cobertura bajo su seguro médico? Si No

Padre biológico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Empleador del padre: \_\_\_\_\_ Tiene el hijo(a) cobertura bajo su seguro médico? Si No

Dirección legal del hijo(a), e información de quién vive en el hogar:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Por favor escriba los números a donde usted desea que le llamemos y a dónde me puedo sentir cómodo dejar un mensaje identificándonos de parte del Centro para el desarrollo familiar.

Tel. de casa: \_\_\_\_\_ Cualquier número de contacto adicional importante: \_\_\_\_\_

Tel del trabajo de la mamá: \_\_\_\_\_ Celular de la mamá: \_\_\_\_\_ email de la mamá: \_\_\_\_\_

Tel. del trabajo del padre: \_\_\_\_\_ Celular del padre: \_\_\_\_\_

email del padre: \_\_\_\_\_

Celular del menor: \_\_\_\_\_ email del menor: \_\_\_\_\_

Enliste a todas las personas con quien el niño(a) está viviendo en el hogar arriba mencionado: (Use la parte de atrás de esta hoja si lo necesita)

Persona	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el paciente	Comentario

Se han divorciado los padres biológicos? Si No Fecha de divorcio: \_\_\_\_\_ Edad del hijo(a) al momento: \_\_\_\_\_

Tienen ambos padres custodia legal? Si No Detalles: \_\_\_\_\_

Tienen custodia compartida ambos padres naturales o tiene uno de ellos la custodia física total? \_\_\_\_\_

Que porcentaje del costo médico fuera de lo que cubre el seguro medico es usted responsable de acuerdo al juicio de divorcio? \_\_\_\_\_

Ha sido el muchacho(a) legalmente adoptado? Si No por quién? \_\_\_\_\_

Hay alguien más que tenga custodia legal o física? Si No Detalles: \_\_\_\_\_

Dirección de otro padre o madre e información acerca de quién vive en ese hogar:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Quien le refirió con nosotros? \_\_\_\_\_

Dirección de quién refirió \_\_\_\_\_

Ciudad y código postal de referencia \_\_\_\_\_

Tenemos su permiso para otorgar información al profesional que le refirió con nosotros cuando sea apropiado?  
Si No

**PROPOSITO PRINCIPAL DE LA CONSULTA** (por favor provea un resumen breve de los problemas principales)

---

---

Qué le llevó a buscar evaluación y tratamiento en este momento?

---

---

Que desea usted que hagamos por su hijo(a), por usted o su familia?

---

---

---

INTENTOS ANTERIORES PARA CORRIGIR LOS PROBLEMAS/ HISTORIA PSIQUIATRICA ANTERIOR (Por favor incluya visitas a otros profesionales, medicamentos y clases de tratamiento, etc.)

---

---

---

Problemas actuales de salud / medicinas: \_\_\_\_\_

Problemas de salud o medicinas del pasado \_\_\_\_\_

Otros doctores / clínicas que visita regularmente: \_\_\_\_\_

Tiene historia de trauma (golpe) en la cabeza ? (describa): \_\_\_\_\_

Ha tenido convulsiones o ataques epilépticos? \_\_\_\_\_

Tiene períodos de des-ubicación o confusión? \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones anteriores (lugar, causa, fecha, resultado): \_\_\_\_\_

Pruebas anormales de laboratorio, Rayos-X, EEG, etc.: \_\_\_\_\_

Alergias/intolerancia a drogas (describa): \_\_\_\_\_

Altura actual del muchacho(a) \_\_\_\_\_ Peso actual \_\_\_\_\_

Tiene detector de monóxido de carbono en su casa: Si No

Tiene su hijo(a) relleno de amalgama de platino en los dientes? Si No

Tensiones (estrés) actual (por favor enliste los factores actuales que son una fuente de estrés en la familia) \_\_\_\_\_

---

---

## Historia Familiar

Estructura familiar-describa el tono actual en la casa con el hijo(a), y la relación con los padres y otros miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Situación marital actual/satisfacción de los padres: \_\_\_\_\_

Historia familiar (incluya, matrimonios, separaciones, divorcios, muertes, eventos traumáticos, \_\_\_\_\_

**Historia de la madre biológica:** Su edad cuando nació el hijo \_\_\_\_\_

Trabaja la madre fuera del hogar? Si No Describa el trabajo y las horas: \_\_\_\_\_

Escuela: Grado mas alto que terminó: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje (especifique): \_\_\_\_\_

Problemas de comportamiento (especifique): \_\_\_\_\_

Matrimonios: \_\_\_\_\_

Problemas de salud: \_\_\_\_\_

Atmósfera infantil (lugar en la familia, abuso, enfermedades, etc.) \_\_\_\_\_

Ha buscado la madre tratamiento psiquiátrico? Si No

Si contestó que sí, con qué propósito?

\_\_\_\_\_

Historia de uso de alcohol y/o drogas de la madre

\_\_\_\_\_

Algún pariente sanguíneo de la madre tuvo alguna vez problemas de aprendizaje o problemas psiquiátricos incluyendo abuso de drogas o alcohol, depresión, desorden bipolar, ansiedad, intento de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas? (especifique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia del padre biológico:** Edad cuando el hijo(a) nació \_\_\_\_\_ trabaja el padre fuera de casa? Si No

Describe el trabajo y las horas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Escuela: grado mas alto que terminó \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje (especifique): \_\_\_\_\_

Problemas de comportamiento (especifique): \_\_\_\_\_

Matrimonios \_\_\_\_\_

Problemas de salud \_\_\_\_\_

Atmosfera en la niñez (posición en la familia, abuso, enfermedades, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ha buscado el padre tratamiento psiquiátrico? Si No

Si contestó que sí, con que propósito? \_\_\_\_\_

Historia de uso de drogas o alcohol del padre \_\_\_\_\_

Algún pariente sanguíneo del padre tuvo alguna vez problemas de aprendizaje o problemas psiquiátricos incluyendo abuso de drogas o alcohol, depresión, desorden bipolar, ansiedad, intento de suicidio, hospitalizaciones psiquiátricas? (especifique)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(si se aplica)

**Historia de la madrastra o madre adoptiva** (indique cual): Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

trabajo fuera \_\_\_\_\_

Escuela: grado mas alto que terminó \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje (especifique): \_\_\_\_\_

Problemas de comportamiento (especifique) \_\_\_\_\_

Matrimonios \_\_\_\_\_

Problemas de salud \_\_\_\_\_

Atmosfera de la niñez (posición familiar, abuso. enfermedades. Etc.) \_\_\_\_\_

Ha buscado tratamiento psiquiátrico la madrastra? Si \_\_ No\_\_

Si contestó que sí, con que propósito? \_\_\_\_\_

Historia de uso de drogas o alcohol de la madre adoptada o madrastra \_\_\_\_\_

**Historia del padrastro o padre adoptivo** (Indique cual):

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad cuando el niño (a) nació \_\_\_\_\_

Trabaja el padrastro fuera de casa? \_\_\_\_\_

Escuela: Grado mas alto que terminó: \_\_\_\_\_

Problemas de aprendizaje (especifique) \_\_\_\_\_

Problemas de comportamiento (especifique) \_\_\_\_\_

Matrimonios \_\_\_\_\_

Problemas de salud \_\_\_\_\_

Atmósfera en la niñez (posición familiar, abuso, enfermedades. Etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha buscado tratamiento psiquiátrico el padrastro o padre adoptivo? Si No Si dijo si, con que propósito?

\_\_\_\_\_

Historia de uso de alcohol y/o drogas del padrastro o padre adoptivo \_\_\_\_\_

**Hermanos(as):** (nombres, edades, problemas, fortalezas, parentesco con el/la paciente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL DESARROLLO DEL MUCHACHO (A)**

Eventos prenatales significativos: \_\_\_\_\_

Actitud de los padres hacia el embarazo \_\_\_\_\_

Facilidad de concebir \_\_\_\_\_ planeada \_\_\_\_\_ no planeada \_\_\_\_\_

Complicaciones en el embarazo(sangrado, vómito excesivo, medicinas, infecciones, Rayos-X, fumar, alcohol, uso de drogas, etc.)

Qué tan activo estaba el(la) bebe en el vientre: Muy activo: \_\_\_\_\_ Moderado \_\_\_\_\_ Mínimo \_\_\_\_\_

Período de nacimiento y postnatal:

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Largo \_\_\_\_\_ Tiempo que duró el parto \_\_\_\_\_ Parto: vaginal \_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_

Problemas: \_\_\_\_\_

APGAR escala (si la sabe) \_\_\_\_\_ Tuvo ictericia? Si \_\_ No \_\_ Tiempo en el hospital \_\_\_\_\_

Complicaciones? \_\_\_\_\_

Salud de la madre después del parto: \_\_\_\_\_

Tristeza después del parto? \_\_\_\_\_ Si contestó que sí, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Quién fue el/la principal cuidador del niño(a) el primer año \_\_\_\_\_

Después \_\_\_\_\_

Historia de alimentación: seno vs. botella \_\_\_\_\_ edad a la que dejó el seno \_\_\_\_\_ alergia a comida \_\_\_\_\_

Problemas actuales al comer \_\_\_\_\_

Comportamiento al dormir: sonámbulo(a), pesadillas, sueños que re-ocurren, problemas actuales (despertarse, ir a la cama)

Problemas de separación de la madre y/o padre: edad, duración, reacción \_\_\_\_\_

Entrenamiento para ir solo(a) al baño: edad a la que alcanzo el control de evacuar: día \_\_\_\_\_ noche \_\_\_\_\_ control al orinar: día \_\_\_\_\_ noche \_\_\_\_\_

Métodos que usó \_\_\_\_\_ facilidad \_\_\_\_\_ función actual \_\_\_\_\_

Desarrollo sexual: identidad de género \_\_\_\_\_

Algún problema \_\_\_\_\_

Abuso sexual o físico: \_\_\_\_\_

**Desarrollo motor:** (escriba la edad, en el paréntesis están los límites normales aproximados)

Se volteó (3-5m) \_\_\_\_\_ se sentó sin ayuda(5-7m) \_\_\_\_\_ gateó(5-8) \_\_\_\_\_

Caminar bien (11-16m) \_\_\_\_\_ correr bien (2a) \_\_\_\_\_ montar triciclo (3a) \_\_\_\_\_

Tirar la pelota (4a) \_\_\_\_\_ nivel actual de actividad \_\_\_\_\_

Coordinación motora fina y gruesas \_\_\_\_\_ comparado a compañeros(as) \_\_\_\_\_

**Desarrollo del lenguaje:** (escriba la edad, lo del paréntesis es el límite normal aproximado)

Varias palabras además de papa, mama (1 a.) \_\_\_\_\_ nombra varios objetos pelota, taza (15m) \_\_\_\_\_

3 palabras juntas-sujeto, verbo, objeto (24m) \_\_\_\_\_ vocabulario \_\_\_\_\_ articulación \_\_\_\_\_

comprensión \_\_\_\_\_ comparado a sus compañeros \_\_\_\_\_

algún problema actual \_\_\_\_\_

**Desarrollo Social:** (favor en escribir la edad, en el paréntesis están los límites normales aproximados)

Sonríe (2m) \_\_\_\_\_ tímido con extraños (6-10m) \_\_\_\_\_ se separa de mamá fácilmente (2-3y) \_\_\_\_\_

juega en forma cooperativa con otros (4a) \_\_\_\_\_

calidad de apego a la madre \_\_\_\_\_ calidad de apego al padre \_\_\_\_\_

relaciones con miembros de la familia \_\_\_\_\_

interacción temprana con compañeros \_\_\_\_\_

interacción actual con compañeros \_\_\_\_\_

Intereses especiales /hobbies(pasatiempo) \_\_\_\_\_

Comportamiento/Disciplina: sumiso vs. no-sumiso \_\_\_\_\_

Mentir /robar \_\_\_\_\_ romper las reglas \_\_\_\_\_ métodos de disciplina \_\_\_\_\_

otros problemas \_\_\_\_\_

**Desarrollo emocional:** temperamento inicial \_\_\_\_\_

Personalidad actual \_\_\_\_\_

Estado de ánimo \_\_\_\_\_ miedos/fobias \_\_\_\_\_

hábitos \_\_\_\_\_

objetos especiales (cobija, muñecos, etc.) \_\_\_\_\_ habilidad para expresar sentimientos \_\_\_\_\_



Uso de Droga/Alcohol pasado y presente: \_\_\_\_\_

Historial de escuelas: grado actual \_\_\_\_\_ contacto en la escuela \_\_\_\_\_

Número de escuelas atendidas \_\_\_\_\_ promedio de calificación \_\_\_\_\_

Problemas con tareas \_\_\_\_\_

Des-habilidad específica del aprendizaje \_\_\_\_\_

fortalezas \_\_\_\_\_

Que han dicho los maestros acerca del niño(a): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Por favor traiga las tarjetas de reporte de la escuela y cualquier prueba especial que ha hecho del estado y nacional*

**Comportamiento del sueño:** Es difícil para su hijo(a) ir a la cama? Si No Explique: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo le toma para quedarse dormido(a)? \_\_\_\_\_

Una vez que se queda dormido(a), permanece dormido(a) Si No

Ronca? Si No

Cuántas horas duerme usualmente? \_\_\_\_\_

Es sonámbulo(a), pesadilla, terror nocturno, sueños que re-ocurren, piernas inquietas, habla en el sueño:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fortalezas en general** – como lo ven los padres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fortaleza en general** – a como lo ve el niño (a) o adolescente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hay algo más que usted quiere que yo sepa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_

Numero de póliza o # de contrato: \_\_\_\_\_ # de Grupo : \_\_\_\_\_

Numero de Seguro social de la persona responsable del seguro médico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de quien tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Información del seguro médico secundario:**

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Número de Póliza o Número de contrato: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_

Número de Seguro social del que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Nombre del que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del que tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Dirección de quien tiene la póliza: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Comprendo que como la persona primaria responsable, voy a pagar por toda la porción de los cargos que mi seguro médico no cubra. Yo autorizo al Centro para el desarrollo familiar que electrónicamente haga trámite del cobro a la compañía de seguro medico, que envíe cualquier documentación necesaria y que hable de este caso incluyendo diagnóstico y otra información del expediente clínico con las compañías de seguro médico enlistadas. Yo autorizo a mi compañía de seguro médico que envíe los pagos directamente al Centro para el desarrollo familiar.

En caso de cancelar mis citas, estoy de acuerdo en proveer **24 horas** de notificación al Centro para el desarrollo familiar o ser responsable por un pago de \$30.00 si falto a mi cita.

Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Lista Amen del Sistema Cerebral

Por favor evalúese en cada uno de los síntomas abajo enlistados usando la siguiente escala. Si es posible, para darnos un cuadro mas completo, pida que otra persona que le conoce bien (como su cónyuge, amante o padre/madre) le evalúe. Mencione quien otro \_\_\_\_\_

0	1	2	3	4	NA
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	No se aplica/ desconoce

Otro usted

- \_\_\_\_\_ 1. Fallar en poner atención a detalles o cometer errores de descuido
- \_\_\_\_\_ 2. Dificultad para mantenerse atento a cosas de rutina (por ejemplo tarea, quehaceres, papeleo)
- \_\_\_\_\_ 3. Dificultad para escuchar
- \_\_\_\_\_ 4. Dificultad para terminar algo
- \_\_\_\_\_ 5. Poca organización de tiempo y espacio (tal como la mochila, cuarto, escritorio, papeleo)
- \_\_\_\_\_ 6. Evitar, desagrado, o estar renuente a embarcarse en tareas que requieren un esfuerzo mental constante
- \_\_\_\_\_ 7. perder cosas
- \_\_\_\_\_ 8. Fácilmente distraído
- \_\_\_\_\_ 9. Olvidadizo
- \_\_\_\_\_ 10. Poca destreza para planear
- \_\_\_\_\_ 11. Falta de metas claras o poca visión
- \_\_\_\_\_ 12. Tiene dificultad para expresar sentimientos
- \_\_\_\_\_ 13. Tiene dificultad en expresar empatía por otros
- \_\_\_\_\_ 14. Soñar despierto excesivamente
- \_\_\_\_\_ 15. Sensación de aburrimiento
- \_\_\_\_\_ 16. Sintiéndose apático
- \_\_\_\_\_ 17. Sintiéndose cansado, inactivo o de movimientos lentos
- \_\_\_\_\_ 18. Sintiéndose en el espacio o en una niebla
- \_\_\_\_\_ 19. Sintiéndose intranquilo, inquieto o dificultad en permanecer sentado
- \_\_\_\_\_ 20. Tiene dificultad en permanecer sentado en situaciones donde se espera que permanezca sentado
- \_\_\_\_\_ 21. Corriendo demasiado o trepándose en situaciones en que es inapropiado
- \_\_\_\_\_ 22. Tiene dificultad en jugar callado
- \_\_\_\_\_ 23. Estar siempre apurado o actuar como si tuviera un motor por dentro
- \_\_\_\_\_ 24. Hablar excesivamente
- \_\_\_\_\_ 25. Contestar antes que se haya completado la pregunta
- \_\_\_\_\_ 26. Tiene dificultad en esperar su turno
- \_\_\_\_\_ 27. Interrumpir o intrometerse con otros(ejemplo, intrometerse en conversaciones o juegos)
- \_\_\_\_\_ 28. Comportamiento compulsivo (decir o actuar sin primero pensar)
- \_\_\_\_\_ 29. Preocuparse excesivamente sin sentido
- \_\_\_\_\_ 30. Molestarse cuando las cosas no salen como uno quiere
- \_\_\_\_\_ 31. Molestarse cuando las cosas están fuera de lugar
- \_\_\_\_\_ 32. Tendencia a contrariar o argumentar
- \_\_\_\_\_ 33. Tendencia a tener pensamientos negativos repetidamente
- \_\_\_\_\_ 34. Tendencia a comportamiento compulsivo (por ejem Cosas que usted siente que *debe* hacer)
- \_\_\_\_\_ 35. Intensa aversión al cambio
- \_\_\_\_\_ 36. Tendencia a guardar rencor
- \_\_\_\_\_ 37. Dificultad para cambiar de atención de objeto a objeto
- \_\_\_\_\_ 38. Dificultad para cambiar de comportamiento de tarea a tarea
- \_\_\_\_\_ 39. Dificultad en ver opciones en diferentes situaciones
- \_\_\_\_\_ 40. Tendencia a mantenerse en su opinión y no escuchar a otros
- \_\_\_\_\_ 41. Tendencia a enfocarse en un curso de acción, sea bueno o no
- \_\_\_\_\_ 42. Necesidad de que las cosas se hagan de cierta forma y si no se molesta
- \_\_\_\_\_ 43. Otros se quejan de que se usted se queja mucho
- \_\_\_\_\_ 44. Tendencia a decir que no, sin primero pensar en la pregunta
- \_\_\_\_\_ 45. Tendencia a predecir temor

- \_\_\_\_\_ 46. Experimenta sentimientos frecuentes de tristeza
- \_\_\_\_\_ 47. Sentimientos de mal humor
- \_\_\_\_\_ 48. Sentimientos negativos
- \_\_\_\_\_ 49. Baja energía
- \_\_\_\_\_ 50. Estar irritable
- \_\_\_\_\_ 51. Tener poco interés en otras personas
- \_\_\_\_\_ 52. Disminución de interés en cosas que usualmente causan placer
- \_\_\_\_\_ 53. Sentimiento de desesperanza acerca del futuro
- \_\_\_\_\_ 54. Sentimientos de desesperanza o impotencia
- \_\_\_\_\_ 55. Des satisfecho o aburrido
- \_\_\_\_\_ 56. Sintiéndose demasiado culpable
- \_\_\_\_\_ 57. Tiene sentimientos suicidas
- \_\_\_\_\_ 58. Episodios de llanto
- \_\_\_\_\_ 59. Poco interés en cosas que se consideran divertidas
- \_\_\_\_\_ 60. Experimentando cambios en el sueño (mucho o muy poco)
- \_\_\_\_\_ 61. Experimentando cambios en el apetito ( mucho o muy poco)
- \_\_\_\_\_ 62. Tiene baja estima propia crónica
- \_\_\_\_\_ 63. Tiene una sensación negativa a olores/ aromas
- \_\_\_\_\_ 64. Frecuentemente sintiéndose nervioso o ansioso
- \_\_\_\_\_ 65. Experimentando ataques de pánico
- \_\_\_\_\_ 66. Síntomas de tensión muscular ( tal como dolores de cabeza, dolor muscular, temblor en la mano, etc.)
- \_\_\_\_\_ 67. Palpitaciones fuertes del corazón, latido rápido del corazón, o dolor de pecho
- \_\_\_\_\_ 68. Experimentando periodos de dificultad para respirar o sintiéndose oprimido
- \_\_\_\_\_ 69. Experimentando periodos de mareo, desmayo, o sintiéndose fuera de balance sobre los pies
- \_\_\_\_\_ 70. Sintiendo náuseas o tiene malestar estomacal
- \_\_\_\_\_ 71. Tiene periodos de sudoración, calores o fríos
- \_\_\_\_\_ 72. Tendencia a predecir lo peor
- \_\_\_\_\_ 73. Tiene miedo a morir o de hacer algo loco
- \_\_\_\_\_ 74. Evitar lugares por temor a tener ataque de ansiedad
- \_\_\_\_\_ 75. Evita conflicto
- \_\_\_\_\_ 76. Excesivamente temeroso a ser criticado o estar bajo escrutinio
- \_\_\_\_\_ 77. Fobias persistentes
- \_\_\_\_\_ 78. Baja motivación
- \_\_\_\_\_ 79. Motivación excesiva
- \_\_\_\_\_ 80. Experimentando tics (motor o vocal)
- \_\_\_\_\_ 81. Mala escritura
- \_\_\_\_\_ 82. Fácilmente se asusta
- \_\_\_\_\_ 83. Tiene tendencia a paralizarse en situaciones que provocan ansiedad
- \_\_\_\_\_ 84. Falta de confianza en sus propias habilidades
- \_\_\_\_\_ 85. Sintiéndose tímido
- \_\_\_\_\_ 86. Fácilmente se avergüenza
- \_\_\_\_\_ 87. Sensible a la crítica
- \_\_\_\_\_ 88. Morderse las uñas o pellizcarse la piel
- \_\_\_\_\_ 89. Salta a la mínima o experimenta periodos de extrema irritabilidad
- \_\_\_\_\_ 90. Tiene períodos de ira con muy poca provocación
- \_\_\_\_\_ 91. A menudo mal interpreta comentarios como negativos cuando no lo son
- \_\_\_\_\_ 92. Encuentra que su irritabilidad tiende a crecer, luego explota, disminuye, a menudo está cansado después de airarse
- \_\_\_\_\_ 93. Tiene periodos de espaciamiento y/o confusión
- \_\_\_\_\_ 94. Experimenta periodos de pánico y/o temor sin razón específica
- \_\_\_\_\_ 95. Experimenta cambio visual y/o auditivo, como ver sombras o sonidos sordos
- \_\_\_\_\_ 96. Periodos frecuentes de “*deja vu*” (esto es, sensación de estar en un lugar donde no ha estado antes)
- \_\_\_\_\_ 97. Sensible o con paranoia moderada
- \_\_\_\_\_ 98. Experimenta dolores de cabeza o dolor abdominal de origen incierto
- \_\_\_\_\_ 99. Ha sufrido un golpe en la cabeza o historia familiar de violencia y explosividad
- \_\_\_\_\_ 100. Tiene pensamientos oscuros, los que pueden involucrar suicidio u homicidio
- \_\_\_\_\_ 101. Experimentando periodos de olvido o pérdida de la memoria

