

Identificación ..... Fecha .....

**Durante las últimas 4 semanas cuanto le han preocupado los siguientes problemas?**

**A:** No preocupado      **B:** Un poco preocupado      **C:** Muy preocupado

	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
1.- Dolor de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Dolor de espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Dolor en los brazos, piernas o articulaciones (rodillas, caderas,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Dolores menstruales u otros problemas con el periodo (SÓLO MUJERES)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Vértigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Síncopes, desvanecimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Palpitaciones o taquicardias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Sensación de falta de aire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Dolor o problemas durante las relaciones sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Estreñimiento, movimientos intestinales o diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Náuseas, gases o indigestión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**¿En las dos últimas semanas con que frecuencia se ha sentido preocupado por:?**

**A:** Nada      **B:** Algunos días      **C:** Más de la mitad de los días

14.- Sentirse cansado/a o con poca energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Dificultades para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL:**