



Formulario de ansiedad

Nombre:

Llenado por:

Fecha:

Código:

Fecha nacimiento:

Edad:

Correo:

Para permitirnos ayudar de la mejor manera posible, es importante que se tome el tiempo necesario para completar este cuestionario de la manera más precisa posible. Por supuesto, todos los detalles se mantendrán estrictamente confidenciales.

Cuestionario GAD 7 para evaluar el nivel de ansiedad

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestad los siguientes problemas?	Para nada	Varios días	Más que la mitad de los días	Casi todos los día
1. Sensación de nerviosismo, de ansiedad, de tener los nervios de punta	0	1	2	3
2. Incapacidad para eludir o controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocupación excesiva por diferentes cosas o situaciones	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Intranquilidad de tal grado que no puede quedarse quieto	0	1	2	3
6. Facilidad para enfadarse o irritabilidad	0	1	2	3
7. Sentimiento de miedo, como si pudiera suceder algo malo	0	1	2	3