



## CUESTIONARIO - CALDERÓN NARVÁEZ

1/ NOMBRE COMPLETO DE LA UNIDAD MÉDICA:			2/ FECHA (DÍA, MES, AÑO):	
3/ NOMBRE COMPLETO DEL SERVIDOR PÚBLICO:			4/ CLAVE ISSEMym:	
5/ EDAD:	6/ ESCOLARIDAD:	7/ ESTADO CIVIL:		8/ GÉNERO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
9/ TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR:		10/ OCUPACIÓN:	11/ PADECIMIENTO:	

	12/ NO.	13/ SÍ		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1. ¿SE SIENTE TRISTE O AFLIGIDO?				
2. ¿LLORA O TIENE GANAS DE LLORAR?				
3. ¿DUERME MAL DE NOCHE?				
4. ¿EN LA MAÑANA SE SIENTE PEOR?				
5. ¿LE CUESTA TRABAJO CONCENTRARSE?				
6. ¿LE HA DISMINUIDO EL APETITO?				
7. ¿SE SIENTE OBSESIVO O REPETITIVO?				
8. ¿HA DISMINUIDO SU INTERÉS SEXUAL?				
9. ¿CONSIDERA QUE SU RENDIMIENTO EN EL TRABAJO O EN EL ESTUDIO ES MENOR?				
10. ¿SIENTE PRESIÓN EN EL PECHO?				
11. ¿SE SIENTE NERVIOSO, ANGUSTIADO O ANSIOSO?				
12. ¿SE SIENTE CANSADO O DECAÍDO?				
13. ¿SE SIENTE PESIMISTA, PIENSA QUE LAS COSAS LE VAN A SALIR MAL?				
14. ¿LE DUELE CON FRECUENCIA LA CABEZA O LA NUCA?				
15. ¿ESTÁ MÁS IRRITABLE O ENOJÓN QUE ANTES?				
16. ¿SE SIENTE INSEGURO, CON FALTA DE CONFIANZA EN USTED MISMO?				
17. ¿SIENTE QUE LE ES MENOS ÚTIL A SU FAMILIA?				
18. ¿SIENTE MIEDO A ALGUNAS COSAS?				
19. ¿SIENTE DESEOS DE MORIR?				
20. ¿SE SIENTE APÁTICO, SIN INTERÉS EN LAS COSAS?				
14/ RESULTADOS				