

AUTO EVALUACION

CONFIDENCIAL

Nombre del cliente: _____

Persona de quien se trae ese formulario: _____

Persona rellenando esta formulario: _____

Relacion con el cliente: _____

Fecha: _____

Use la escala a continuación para indicar el nivel de angustia con los siguientes elementos marcando con un círculo el número correspondiente a la respuesta. Califique todos los problemas que correspondan.

ANSIEDAD/DEPRESIÓN	No hay preocupación		Mínimo	Moderado	Urgente	
Problemas con el apetito	0	1	2	3	4	5
Problemas con la alimentatcion	0	1	2	3	4	5
Miedo a danar a otros oa usted miso (pensamientos suicidas)	0	1	2	3	4	5
Irritabilidad, ira, hostilidad	0	1	2	3	4	5
Perfeccionismo	0	1	2	3	4	5
Perdida de motivacion o ambicion	0	1	2	3	4	5
Ataques de panico	0	1	2	3	4	5
Cambios de humor	0	1	2	3	4	5
Sintomas de estres (Dolores de cabeza, nauseas, dificultad para concentrarse, etc.)	0	1	2	3	4	5
Soledad	0	1	2	3	4	5
Baja autoestima	0	1	2	3	4	5
Pensamiento negative o critico	0	1	2	3	4	5

Comentarios adicionales: _____

RELATIONSHIPS

	No hay preocupación	Mínimo	Moderado	Urgente		
Cuestiones de comunicacion	0	1	2	3	4	5
Divorcio/Seperaión	0	1	2	3	4	5
Preocupaciones financieras	0	1	2	3	4	5
Perdida de persona/relaciones significativas	0	1	2	3	4	5
Preocupaciones de los padres	0	1	2	3	4	5
Dificultad con amigos	0	1	2	3	4	5
Dificultad con la familia/padres/hijos	0	1	2	3	4	5
Dificultad con su conyuge/pareja	0	1	2	3	4	5
Preocupaciones sexuales o de intimidad	0	1	2	3	4	5

Comentarios adicionales:

GENERAL

	No hay preocupación	Mínimo	Moderado	Urgente		
Preocupaciones adictivas (pornografía/sexo, comida, juegos de azar, compras, etc.)	0	1	2	3	4	5
Abuso de sustancias (drogas, alcohol, nicotina, cafeína, etc.)	0	1	2	3	4	5
Uso de sustancias dentro de la familia	0	1	2	3	4	5
Problemas de duelo (muerte, pérdida, etc.)	0	1	2	3	4	5
Perdiendo contacto con la realidad	0	1	2	3	4	5
Sobreviviente de abuso (trauma)	0	1	2	3	4	5
Estres laboal o relacionado con la escuela	0	1	2	3	4	5

Comentarios adicionales:
