



M3 Lista

Hace dos o más semanas, ha experimentado lo siguiente:

(for each line click the circle that best applies to you)

	Not at all	Rarely	Sometimes	Often	Most of the Time
1. Me siento triste, desanimado/a o infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. No puedo concentrarme o centrarme en algo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Nada me place o nada me satisface	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy cansado/a; no tengo energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. He tenido pensamientos suicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cambios de sueño:					
a.) Tengo dificultades para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.) Duermo demasiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Cambios de apetito:					
a.) He perdido el apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.) He estado comiendo más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Estoy tenso/a, ansioso/a o no puedo permanecer sentado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Estoy preocupado/a o tengo miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tengo ataques de ansiedad o de pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me preocupa morir o perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Estoy nervioso/a o tembloroso/a cuando estoy con gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tengo pesadillas o recuerdos del pasado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estoy agitado o me sobresalto fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Evito lugares que me recuerdan con insistencia una mala experiencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento torpe, embotado, insensible o indiferente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. No puedo alejar ciertos pensamientos de mi cabeza/dejar de pensar en algunas cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Siento que necesito repetir ciertos actos de forma ritual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Necesito comprobar las cosas una y otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Desde que ha tomado la última prueba, tiene Usted

(for each line click the circle that best applies to you)

	Not at all	Rarely	Sometimes	Often	Most of the Time
20. Tengo más energía de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Estoy irritable/irascible y enfadado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Estoy agitado/a, ansioso/a, acelerado/a o hiper-animado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Necesito dormir menos de lo normal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indicar si cualquiera de los síntomas mencionados anteriormente:

(for each line click the circle that best applies to you)

	Not at all	Rarely	Sometimes	Often	Most of the Time
24. Influye en mi trabajo o en mis estudios /en la escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Afecta mis relaciones con los amigos o con la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me ha llevado a consumir bebidas alcohólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me ha llevado a consumir drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Please note that M3 Information does not save any of your responses or answers. Please print or email these reports for your own convenience.

Este formulario no es un instrumento diagnóstico y exclusivamente puede ser utilizado dentro del contexto de su tratamiento médico dirigido por su doctor u otro proveedor médico. El creador y el proveedor renuncian a cualquier responsabilidad, pérdida o riesgo incurrido como consecuencia, directa o indirectamente, del uso y la aplicación de cualquier parte de este material.

V.03.06 Derechos de Autor © 2002-2010 por M3 Information™;. Se prohíbe la reproducción o distribución sin la autorización de M3 Information. Patente Pendiente.