

Nombre del paciente _____

GAD-7

Durante las últimas dos semanas ¿qué tan seguido le ha molestado...

		Para nada (0)	Algunos días (1)	Más de la mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto?				
2	No poder parar o controlar la preocupación?				
3	Preocuparse mucho sobre diferentes cosas?				
4	Tener problemas para relajarse?				
5	Sentirse tan agitado que no se puede sentarse quieto(a)?				
6	Enojarse o molestarse muy fácilmente?				
7	Sentirse con miedo, como si algo muy malo fuera a suceder?				

Si dijo si a alguno de estos problemas ¿qué tanto estos problemas le han hecho difícil su trabajo, hacerse cargo de su casa o relacionarse con otras personas?

__Nada difícil __Algo difícil __Muy difícil __Extremadamente difícil