**GAD-7**

**Nombre:**

**Fecha:** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días** | **Nunca (0)** | **Menos de la mitad de los días (1)** | **Más de la mitad de los días (2)** | **Casi todos los días (3)** |
| Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado. |  |  |  |  |
| No ha podido dejar de preocuparse |  |  |  |  |
| Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas |  |  |  |  |
| Ha tenido dificultad para relajarse |  |  |  |  |
| Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto |  |  |  |  |
| Se ha irritado o enfadado con facilidad |  |  |  |  |
| Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible. |  |  |  |  |

Al terminar este formulario favor de enviarlo a: [contacto@psiquiatriaparatodos.com](mailto:contacto@psiquiatriaparatodos.com)