

CUESTIONARIO-DE SENSIBILIZACION: PARTE A

Nombre:

Fecha:

Por favor circule la respuesta correcta para cada uno de los enunciados.

1. Me siento cansado y sin animo al despertar en la mañana.
2. Mis músculos se sienten tiesos y adoloridos .
3. Tengo ataques de pánico.
4. Rechino los dientes o aprieto la quijada.
5. Tengo problemas de diarrea o estreñimiento .
6. Necesito ayuda para realizar mis actividades diarias.
7. Soy sensible a la luz brillante.
8. Me canso fácilmente cuando estoy físicamente activo.
9. Siento dolor en todo mi cuerpo.
10. Tengo dolores de cabeza.
11. Tengo molestia en mi vejiga o ardor al orinar.
12. No duermo bien.
13. Tengo dificultad al concentrarme.
14. Tengo problemas en la piel como sequedad, comezón o sarpullido.
15. El estrés hace que mis síntomas físicos empeoren.
16. Me siento triste o deprimido.
17. Me siento con poca energía.
18. Tengo tensión muscular en mi cuello y hombros.
19. Tengo dolor en mi quijada.
20. Algunos olores, como perfumes, me hacen sentir marcado y nauseado.
21. Tengo que orinar frecuentemente.
22. Mis piernas se sienten incómodas e inquietas cuando intendo dormir en la noche.
23. Tengo dificultad al recordar cosas.
24. Sufrí algún trauma cuando era niño(a).
25. I have pain in my pelvic area.

Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
TOTAL:				

CUESTIONARIO-DE SENSIBILIZACION: PARTE B

Nombre:

Fecha:

¿Ha sido usted diagnosticado por algún doctor con alguna de las siguientes enfermedades?

Por favor indique a la derecha de cada casilla si ha tenido alguno de los siguientes diagnósticos y escriba el año en que se le dio el diagnóstico.

	NO	SI	Año del diagnóstico
1. Síndrome de Pierna Inquieta.			
2. Síndrome de Fatiga Crónica.			
3. Fibromialgia.			
4. Trastornos Temporomandibulares.			
5. Migrañas o Dolores de Cabeza por Tensión.			
6. Síndrome de Colon Irritable.			
7. Sensibilidad Química Múltiple.			
8. Latigazo o Lesión en el Cuello (incluir la lesión de Whiplash).			
9. Ansiedad o Ataques de Pánico.			
10. Depresión.			