

Psychological Symptoms Questionnaire

Print Patient Name: _____ Patient's Signature: _____

Date: ____ / ____ / ____

In the past 2 weeks, have you experienced any of these:

TENSION <i>TENSION</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	CONFUSED THOUGHTS <i>PENSAMIENTOS CONFUSOS</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
SLEEPLESSNESS <i>FALTA DE SUEÑO</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	POOR CONCENTRATION <i>FALTA DE CONCENTRACION</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
ANXIETY <i>ANSIEDAD</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	ARE YOU ANGRY <i>ESTA ENOJADO/A</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
DEPRESSION <i>DEPRESION</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	EXHAUSTION <i>AGOTAMIENTO</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
TIRED/FATIGUE <i>CANSADO/A FATIGADO/A</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	CRYING SPELLS <i>GANAS DE LLORAR</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
FEELING OF HELPLESSNESS <i>SE SIENTE INUTIL</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	MOOD CHANGES <i>CAMBIO DE TEMPERAMENTO</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
NERVOUS <i>NERVIOSO</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	POOR SELF ESTEEM <i>POCO AUTO ESTIMA</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
LOSS OF INTEREST IN LIFE <i>PERDIDA DE INTERES EN SU VIDA</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	IRRITABILITY <i>IRRITADO/A</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
WORRY ABOUT FUTURE, HEALTH AND CAREER <i>PREOCUPADO/A POR EL FUTURO, SU SALUD Y CARRERA EDUCATIVA</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	WITHDRAWAL FROM FAMILY & FRIENDS <i>SE HA APARTADO DE SU FAMILIA Y DE SUS AMIGOS</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
VERBAL ABUSE AT WORK <i>ABUSO VERBALMENTE EN EL TRABAJO</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	FEELINGS OF DISCRIMINATION <i>SE SIENTE DESCRIMINADO/A</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
HARASSMENT BY SUPERVISOR <i>HOSTIGAMIENTO POR SUPERVISOR</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	PHYSICAL PAIN <i>TIENE DOLOR FISICO</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
THOUGHTS OF SUICIDE <i>HA PENSADO EN SUICIDARSE</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	SELF DOUBT DUE TO PHYSICAL INJURY <i>DUDA DE SI MISMO POR SU ACCIDENTE</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
FEARS OF DEATH OR DYING <i>TEME A LA MUERTE O MORIR</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	FRUSTRATION <i>FRUSTRACION</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
THOUGHTS OF HOMOCIDE <i>HA PENSADO EN COMETER UN HOMOCIDION (ASESINATO)</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	HARASSMENT BY CO- WORKERS <i>HOSTIGAMIENTO POR OTROS TRABAJADORES</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO
PREOCCUPATION WITH HAPPENINGS AT WORK <i>PREOCUPADO/A POR LO QUE PASO EN SU TRABAJO</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO	LOSS OF INTEREST IN USUAL ACTIVITIES <i>HA PERDIDO EL INTERES EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS</i>	<input type="checkbox"/> YES/SI	<input type="checkbox"/> NO