



## CUESTIONARIO-DE SENSIBILZACION: 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 (incluirla lesión de Whiplash).			
9. Ansiedad o Ataques de Pánico.			
10. Depresión.			