

CUESTIONARIO-DE SENSIBILZACION: 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.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
2. Mis músculos se sienten tiesos y adoloridos .	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
3. Tengo ataques de pánico.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
4. Rechino los dientes o aprieto la quijada.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
5. Tengo problemas de diarrea o estreñimiento .	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
6. Necesito ayuda pare realizar mis activiades diarias.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
7. Soy sensible a la luz brillante.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
8. Me canso fácilmente cuando estoy fisicamente activo.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
9. Siento dolor en todo mi cuerpo.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
10. Tengo dolores de cabeza.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
11. Tengo molestia en mi vejiga o ardor al orinar.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
12. No duermo bien.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
13. Tengo dificultad al concentrarme.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
14. Tengo problemas en la piel como resequedad, comezón o sarpullido.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
15. El estrés hace que mis sintomas fisicos empeoren.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
16. Me siento triste o deprimido.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
17. Me siento con poca energia.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
18. Tengo tension muscular en mi cuello y hombros.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
19. Tengo dolor e mi quijada.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
20. Algunos olores, como perfumes, me hacen sentir marcado y nauseado.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
21. Tengo que orinar frecuentemente.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
22. Mis piemas se sienten incómodas e inquietas cuando intendo dormir en la noche.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
23. Tengo dificultad al recorder cosas.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
24. Sufri algún trauma cuando era niño(a).	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
25. I have pain in my pelvic area.	Nunca	Pocas Veces	Algunas veces	Seguido	Siempre
					TOTAL:

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.			