

Lista de verificación para hacer un seguimiento de su salud mental

Use la siguiente lista de verificación como ayuda para hablar con su proveedor.

Marque las casillas que mejor se adapten a sus sentimientos en las últimas 2 semanas. Llévela con usted cuando hable con sus proveedores.

En las últimas dos semanas (14 días), con qué frecuencia:	No days	A few days	More than a week (7 days)	Every day
¿Se sintió triste, deprimido o melancólico?				
¿Se sintió más cansado de lo normal o tuvo menos energía durante el día?				
¿Se sintió molesto o contrariado por cosas sin importancia?				
¿No sintió hambre o comió demasiado?				
¿Le preocupaba hacerse daño a sí mismo o tenía ganas de morir?				
¿Tuvo dificultad para disfrutar las cosas que le parecían divertidas?				
¿Sintió que no tenía a nadie con quien hablar?				
¿Se sintió inútil y desesperado?				
¿Tuvo dificultades para dormir o durmió demasiado?				
¿Se sintió preocupado o asustado de que algo malo podría suceder?				
¿No pudo controlar sus preocupaciones?				
¿Se sintió nervioso, ansioso o al límite?				