

# Cuestionario para estudiantes de medicina

Conteste el siguiente cuestionario de manera individual según lo que corresponda con su caso. Se agradece la honestidad de sus respuestas. Los datos que usted proporcione son estrictamente confidenciales y estarán protegidos de la intervención de terceros; tampoco podrán ser vinculados con su identidad y no tendrán efecto alguno sobre su historial académico.

Aviso de Privacidad y Protección de Datos Personales: <http://goo.gl/a0p7tl>

**\*Required**

**1. Número de registro. \***

Ingrese aquí su número de registro (sólo números).

---

**2. Edad. \***

Ingrese aquí su edad actual en años (sólo números).

---

**3. Género. \***

Seleccione el que corresponda.

*Mark only one oval.*

☐

Masculino

☐

Femenino

**4. Peso. \***

Ingrese su peso actual en kilogramos (kg).

---

**5. Talla. \***

Ingrese su talla actual en metros (m).

---

**6. Durante las últimas 2 semanas, \***

¿Qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? Seleccione su respuesta.

*Mark only one oval per row.*

	Para nada	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Con poco apetito o ha comido en exceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario - ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7. Alguna vez, \***

¿Ha sido diagnosticado con depresión por un médico psiquiatra?

*Mark only one oval.*

- ☐ Sí
- ☐ No

**8. Alguna vez, \***

¿Ha sido tratado con medicamentos antidepresivos recetado por un médico psiquiatra?

*Mark only one oval.*

- ☐ Sí
- ☐ No

**9. Durante las últimas 2 semanas, \***

¿Con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

*Mark only one oval per row.*

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocuparse demasiado por diferentes cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Molestarse o ponerse irritable fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. Alguna vez, \***

¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno de ansiedad por un médico psiquiatra?

*Mark only one oval.*

- ☐ Sí
- ☐ No

**11. Alguna vez, \***

¿Ha sido tratado con medicamentos para la ansiedad recetados por un médico?

*Mark only one oval.*

- ☐ Sí
- ☐ No

**12. Durante el día, \***

Señale qué tan frecuentemente se queda dormido en cada una de las siguientes situaciones.

*Mark only one oval per row.*

	Nunca	Sólo algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Sentado leyendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viendo televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado inactivo en un lugar público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin paradas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado descansando por la tarde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado platicando con alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado cómodamente después de comer, sin haber tomado bebidas alcohólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viajando en un transporte detenido en el tráfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Powered by

