

---

## Registro de preocupaciones

---

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_ (a.m./p.m.) Hora finalización: \_\_\_\_\_ (a.m./p.m.)

Nivel máximo de ansiedad (selecciona un número)

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

Ninguno      Leve              Moderado      Fuerte              Extremo

Indique cuál de los siguientes síntomas está experimentando

Intranquilidad, sentirse al borde \_\_\_\_\_

Fácilmente fatigado \_\_\_\_\_

Dificultad para concentrarse o mente en blanco \_\_\_\_\_

Irritabilidad \_\_\_\_\_

Tensión muscular \_\_\_\_\_

Perturbación del sueño \_\_\_\_\_

Eventos desencadenantes:

Pensamientos ansiosos:

Conductas ansiosas: