

CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS,**Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)**

Name _____ MR# _____ DOB _____

Date _____

Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7)

Durante las últimas 2 semanas ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un "D" para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3
Añadir la puntuación de cada columna		+	+	+
El resultado total (Añaden sus tanteos de la columna) =				