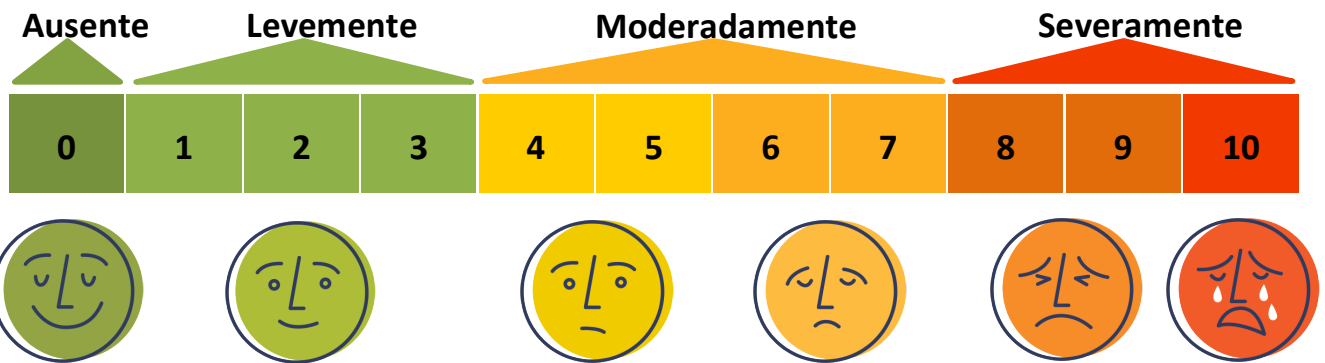


UPI:  
 Apellido:  
 Nombre:  
 Fecha de Nacimiento:

## Escala de Evaluación de Síntomas

Utilice este formulario para informarnos sobre los síntomas que le molestan, preocupan o angustian. Esta información nos ayudará a satisfacer sus necesidades.



1. Escriba el día o la fecha en la primera fila.
2. Use la escala anterior para elegir un número entre 0 y 10 que muestre cuán molesto, preocupado o angustiado está.
3. Puede agregar otros síntomas en el espacio en blanco al final de la lista.

Día o fecha									
Dificultad para dormir									
Problemas de apetito									
Náuseas									
Problemas intestinales									
Problemas respiratorios									
Cansancio									
Dolor									
Otro									