



FICHA DE DIAGNÓSTICO

I.-DATOS INFORMATIVOS

Nombre del estudiante:	
Edad:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Curso:	
Carrera:	

II.-INFORMACIÓN OCUPACIONAL:

Nombre de la empresa:	
Lugar:	
Contacto:	
Horario laboral:	
Otras Actividades	

III- Historia Médica	SI	NO	CUAL
¿Padece alguna enfermedad?			
¿Toma algún tipo de medicamento actualmente?			
¿Tiene antecedentes psiquiátricos en la familia?			
¿Alguna vez ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva?			

IV- Aspectos Somáticos	Nada	Un poco	Moderado	Mucho
¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas las últimas dos semanas?				
¿Se notado constantemente agobiado y en tensión?				
¿Ha padecido dolor de cabeza constantemente?				
¿Le cuesta mucho conciliar el sueño?				
¿Ha padecido de dolores en el corazón o en el pecho?				

V- Aspectos Emocionales	Nada	Un poco	Moderado	Mucho
¿Se siente decepcionado, triste e infeliz?				
¿Es demasiado sensible y se siente herido con facilidad?				
¿Se preocupa demasiado por todo?				
¿Tener miedo de repente y sin razón?				
¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?				

VI - Aspectos Funcionales	No, en absoluto	Menos que lo habitual	Más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?				
¿Ha perdido interés en su trabajo o pasatiempo?				
¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?				
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?				