Medico-Legal Evaluations, P.A.
Teléfono 732-972-4771 · Fax 732-972-0022 · info@mlenj.com · **mlenj.com**

Formulario de evaluación psiquiátrica (PCL-5)

Solo para evaluaciones psiquiátricas. Puede escribir en este formulario desde una computadora o un teléfono, guardarlo y enviarlo por correo electrónico a **info@mlenj.com** antes de su cita, o imprimirlo y traerlo a su cita.

Nombre completo | **Fecha de nacimiento** | **Fecha de hoy**

Instrucciones: A continuación, hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Teniendo en mente su peor evento, por favor lea cada problema cuidadosamente y luego seleccione uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema durante el último mes.

Su peor evento:

Durante el último mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada en absoluto 0	Un poco 1	Moderada-mente 2	Bastante 3	Extrema-damente 4
1. Recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	○	○	○	○	○
2. Sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	○	○	○	○	○
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si realmente estuviera allí reviviéndola)?	○	○	○	○	○
4. Sentirse muy angustiado(a) cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	○	○	○	○	○
5. Tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, palpitaciones, dificultad para respirar, sudoración)?	○	○	○	○	○
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	○	○	○	○	○
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	○	○	○	○	○
8. Dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	○	○	○	○	○
9. Tener creencias negativas muy fuertes acerca de sí mismo(a), otras personas o el mundo (por ejemplo, pensamientos como: soy malo(a), hay algo seriamente mal en mí, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	○	○	○	○	○
10. Culparse a sí mismo(a) o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	○	○	○	○	○
11. Tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	○	○	○	○	○
12. Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	○	○	○	○	○

PCL-5 Standard (Spanish Translation) - National Center for PTSD (29 Aug 2023)

Durante el último mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada en absoluto 0	Un poco 1	Moderada-mente 2	Bastante 3	Extrema-damente 4
13. Sentirse distante o desconectado(a) de otras personas?	◯	◯	◯	◯	◯
14. Dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, no poder sentir felicidad o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	◯	◯	◯	◯	◯
15. Comportamiento irritable, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	◯	◯	◯	◯	◯
16. Tomar demasiados riesgos o hacer cosas que podrían causarle daño?	◯	◯	◯	◯	◯
17. Estar "súper alerta", o vigilante, o en guardia?	◯	◯	◯	◯	◯
18. Sentirse muy nervioso(a) o sobresaltarse fácilmente?	◯	◯	◯	◯	◯
19. Tener dificultad para concentrarse?	◯	◯	◯	◯	◯
20. Tener dificultad para dormirse o mantenerse dormido(a)?	◯	◯	◯	◯	◯

PCL-5 Standard (Spanish Translation) - National Center for PTSD (29 Aug 2023)