

## Lista de verificación de síntomas de la escala de autoinforme sobre THDA en adultos (Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-v1.1))

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Cuando responda a cada pregunta, ponga una X en la casilla que mejor describa cómo se ha sentido y comportado durante los últimos 6 meses.</b>	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1. ¿Con qué frecuencia le cuesta concluir los detalles finales de un proyecto una vez que ya ha terminado las partes que constituyen un reto?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Con qué frecuencia le cuesta poner las cosas en orden cuando tiene que realizar una tarea que exige organización?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?	<input type="checkbox"/>				
4. Cuando tiene que realizar una tarea que exige pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o aplaza su comienzo?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Con qué frecuencia juegotea con o retuerce las manos o los pies cuando tiene que estar sentado por mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Con qué frecuencia se siente excesivamente activo y empujado a hacer cosas, como si lo impulsara un motor?	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?	<input type="checkbox"/>				
8. ¿Con qué frecuencia le cuesta mantener la atención cuando está realizando un trabajo aburrido o repetitivo?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Con qué frecuencia le cuesta concentrarse en lo que otras personas le están diciendo, incluso cuando le hablan directamente?	<input type="checkbox"/>				
10. ¿Con qué frecuencia extravía o le cuesta encontrar cosas en la casa o el trabajo?	<input type="checkbox"/>				
11. ¿Con qué frecuencia se distrae con actividades o ruidos que se producen alrededor suyo?	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que se mantenga sentado?	<input type="checkbox"/>				
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o agitado?	<input type="checkbox"/>				
14. ¿Con qué frecuencia le cuesta relajarse cuando tiene tiempo para usted?	<input type="checkbox"/>				
15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta de que está hablando demasiado en situaciones sociales?	<input type="checkbox"/>				
16. Cuando está teniendo una conversación, ¿con qué frecuencia se da cuenta de que termina las oraciones de las personas con quienes está hablando antes de que las puedan terminar ellas mismas?	<input type="checkbox"/>				
17. ¿Con qué frecuencia le cuesta esperar su turno en situaciones en las que hay que esperar el turno?	<input type="checkbox"/>				
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otras personas cuando están ocupadas?	<input type="checkbox"/>				

Intermountain Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Se ofrecen servicios de interpretación gratuitos. Hable con un empleado para solicitarlo.

