

**DePaul Symptom Questionnaire – Short Form  
 DSQ – SF**

Para cada síntoma presentado abajo, por favor, circule **un número para la frecuencia** y un **número para la severidad:**

Por favor, complete el cuestionario de izquierda a derecha.

<u>Frecuencia:</u>	<u>Severidad:</u>
Durante los <b>pasados 6 meses</b> , ¿Qué tan <b>frecuente</b> ha tenido usted este síntoma?	Durante los <b>pasados 6 meses</b> , ¿ <b>Qué tanto</b> lo ha molestado a usted este síntoma?
Para cada síntoma enlistado abajo, circule un número, tomando en cuenta que: <b>0 = nunca</b> <b>1 = poco tiempo</b> <b>2 = la mitad del tiempo</b> <b>3 = la mayor parte del tiempo</b> <b>4 = todo el tiempo</b>	Para cada síntoma enlistado abajo, circule un número, tomando en cuenta que: <b>0 = este síntoma no se presenta</b> <b>1 = es leve</b> <b>2 = es moderado</b> <b>3 = es severo</b> <b>4 = es muy severo</b>

<b>Síntoma</b>	<b>Frecuencia:</b>	<b>Severidad:</b>
1. Fatiga/cansancio extremo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. Dolor o fatiga al día siguiente de actividades diarias no extenuantes	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. Un mínimo de ejercicio hace que usted se sienta físicamente cansado	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. No se siente descansado al despertarse por la mañana	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. Dolor en sus músculos	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. Hinchazón	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. Problemas para recordar cosas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. Dificultad en poner atención por un período largo de tiempo	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. Problemas de intestino irritable	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Se siente inestable al estar de pie, como si fuera a caerse	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. Extremidades frías (por ej: brazos, piernas, manos)	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. Siente frío o calor sin razón aparente	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. Siente síntomas de gripe	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. Algunos olores de comida, medicinas, o químicos le dan náuseas	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4