

### Cuestionario de Síntomas Neuroconductuales (CSN)

Por favor, valore los siguientes síntomas en función de cuánto le han molestado EN LAS ÚLTIMAS 2 semanas.

El objetivo de este cuestionario es realizar un seguimiento de los síntomas a lo largo del tiempo. Por favor, no intente asignar una calificación.

0 = Nada – Presente rara vez o nunca. No es un problema en absoluto

1 = Leve – Ocasionalmente presente, pero no afecta mis actividades. Normalmente puedo continuar con lo que estoy haciendo. No me preocupa realmente.

2 = Moderado – Presente a menudo, ocasionalmente afecta mis actividades. Con algo de esfuerzo normalmente puedo continuar con lo que estoy haciendo. Me siento algo preocupado.

3 = Fuerte – Se presenta con frecuencia y afecta las actividades. Solo puedo hacer cosas muy sencillas o que requieren poco esfuerzo. Siento que necesito ayuda.

4 = Muy fuerte – Presente casi siempre y no he sido capaz de rendir en el trabajo, en la escuela o en casa debido a este problema. Probablemente no pueda valerme por mí mismo sin ayuda.

Síntomas	0	1	2	3	4
Sensación de mareo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de equilibrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de coordinación, torpeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Náuseas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de la vista, visión borrosa, dificultad para ver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilidad a la luz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultades auditivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilidad al ruido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entumecimiento u hormigueo en algunas partes del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cambios en el gusto y/o el olfato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida o aumento del apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de concentración, no presto atención, me distraigo rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olvidos, no puedo recordar las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamiento lento, dificultad para organizarse o terminar las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatiga, pérdida de energía, me canso con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para conciliar o mantener el sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se siente ansioso o tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se siente deprimido o triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritabilidad, se molesta con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baja tolerancia a la frustración, se siente agobiado con facilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Fecha:**

**Nombre:**

**Número de historia clínica:**