

Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1
Symptoms Checklist

© 2023, New York University and Ronald C. Kessler. All Rights Reserved. Used with permission. Requests for permission to reproduce or translate —whether for sale or for noncommercial distribution— should be addressed to NYU Technology Opportunities and Ventures at tovcommunications@nyu.edu, or please visit: <https://license.tov.med.nyu.edu/product/asrs-v11-18-question-symptom-checklist>

Acknowledgements

Translation of this document was performed on behalf of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Advisory Committee by Corporate Translations, Inc., USA.

Lista para que el paciente coteje sus síntomas de trastorno de déficit de atención e hiperactividad del adulto (ASRS-v1.1)
Adult ADHD Self-Report Scale Symptom Checklist (ASRS-v1.1)

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

<p>Sírvase contestar las preguntas siguientes y autoevaluarse respecto de cada uno de los criterios que se indican utilizando la escala de la derecha de la página. Al contestar cada pregunta, coloque una X en la casilla que mejor describa la forma en que se ha sentido y comportado durante los últimos 6 meses. Entregue la lista completada al profesional de la salud para examinarla durante la visita de hoy.</p>	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
Parte A					
1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para completar los detalles finales de un proyecto, una vez que ha completado las partes difíciles?					
2. ¿Con qué frecuencia le cuesta ordenar las cosas cuando tiene que realizar una tarea que requiere organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene una tarea que requiere pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o demora empezarla?					
5. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o juega con las manos o los pies cuando tiene que estar sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente hiperactivo y necesita hacer cosas, como si un motor lo estuviese empujando?					

<p>Sírvase contestar las preguntas siguientes y autoevaluarse respecto de cada uno de los criterios que se indican utilizando la escala de la derecha de la página. Al contestar cada pregunta, coloque una X en la casilla que mejor describa la forma en que se ha sentido y comportado durante los últimos 6 meses. Entregue la lista completada al profesional de la salud para examinarla durante la visita de hoy.</p>	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
Parte B					
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o no se puede quedar tranquilo?					
14. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para desconectarse y disfrutar de la tranquilidad cuando tiene tiempo para usted?					
15. ¿Con qué frecuencia nota en situaciones sociales que está hablando demasiado?					
16. Cuando está charlando, ¿con que frecuencia nota que está terminando las oraciones de las personas con quienes habla sin dejarlos terminar a ellos?					
17. ¿Con qué frecuencia le cuesta esperar su turno en situaciones en las que hace falta ir por turno?					
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a los demás cuando están ocupados?					