

La lista de Miedos y Preocupaciones

Instrucciones: Piensa en tus preocupaciones y miedos, y márcalos todos a continuación. Puedes marcar la casilla junto a cada miedo y escribir los que no estén incluidos en la lista donde dice "otros". Después de completar la lista, comenta con tus padres si hay algo que quieras añadir a la lista.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La oscuridad | <input type="checkbox"/> Cometer errores |
| <input type="checkbox"/> Los insectos | <input type="checkbox"/> Completar tareas o exámenes |
| <input type="checkbox"/> Los animales | <input type="checkbox"/> Miedo a separarme de mis padres |
| <input type="checkbox"/> Médicos o dentistas | <input type="checkbox"/> Que algo malo les pueda ocurrir a mis padres |
| <input type="checkbox"/> El agua | <input type="checkbox"/> Perderme o que me secuestren |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el clima | <input type="checkbox"/> Quedarme a dormir fuera de mi casa o lejos de mis padres |
| <input type="checkbox"/> Ruidos fuertes | <input type="checkbox"/> Dejar puertas sin cerrar, luces prendidas, el horno prendido, etc. |
| <input type="checkbox"/> Cosas que hacen ruidos fuertes | <input type="checkbox"/> Preocupacion sobre lo que pase en el futuro |
| <input type="checkbox"/> Monstruos, extraterrestres, lo sobrenatural, etc. | <input type="checkbox"/> Preocupacion sobre mi propia salud |
| <input type="checkbox"/> Las alturas | <input type="checkbox"/> Preocupacion sobre la salud de mi familia/mis padres |
| <input type="checkbox"/> Escaleras eléctricas/elevadores | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Gérmenes | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Vomitar o enfermarme | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Que los demás piensen mal de mi o se rian de mi | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Responder o hacer preguntas en la escuela | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Sobresalir o ser el centro de atención | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Participar en un acto musical o jugar deporte en frente de los demás | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Interactuar con gente de mi edad | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Hablar con los demás | |