

Lea la declaración inicial (cursiva) al participante o paciente y luego haga las siguientes preguntas para reunir información para completar la escala de percepción VAGUS-CR.

*“Me interesa conocer su propia comprensión de sus experiencias únicas o inusuales **en este momento. NO** me interesa lo que las demás personas puedan querer que usted crea sobre sus experiencias”.*

1) Describa sus experiencias únicas o inusuales. Por ejemplo:

	Sí	No
A) ¿Alguna vez ha escuchado voces o sonidos que otras personas no pueden escuchar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Alguna vez tuvo visiones o vio cosas que otras personas no pueden ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Alguna vez temió que alguien, alguna fuerza o entidad lo persiguiera, lo buscara o fuera a lastimarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Alguna vez recibió mensajes especiales solo para usted en el periódico, la televisión, la radio u otro dispositivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Alguna vez recibió mensajes especiales solo para usted de personas extrañas en la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Alguna vez tuvo algún don o alguna habilidad especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Alguna vez pudo leer mentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Alguna vez sintió que otras personas podían leer sus pensamientos o que sus pensamientos eran transmitidos para que otras personas los escucharan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ¿Alguna vez tuvo una relación especial con Dios más allá de la que tiene una persona promedio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) ¿Alguna vez se comunicó con seres espirituales, como ángeles o demonios o alienígenas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) ¿Alguna vez se sintió excesivamente culpable o sintió que hizo algo muy malo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L) ¿Alguna vez sintió que alguna fuerza exterior controlaba sus pensamientos o acciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M) ¿Alguna vez sintió que estaba poseído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N) ¿Alguna vez sintió que su cuerpo o parte de su cuerpo estaba enfermo, pudriéndose o que estaba muriendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O) Otros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) ¿Cómo explica sus experiencias únicas o inusuales? **En este momento**, ¿cuál cree que es la causa de estas experiencias?

3) ¿Cree **actualmente** que tiene una enfermedad mental o un trastorno psiquiátrico, como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión con psicosis, etc.? Proporcione más detalles.

4) ¿Opina que sus experiencias únicas o inusuales requieren tratamiento? ¿NECESITA un medicamento antipsicótico? Proporcione más detalles.

5) ¿Alguna vez experimentó alguna consecuencia negativa como resultado de sus experiencias únicas o inusuales? ¿O como resultado de sus problemas emocionales o psiquiátricos? (P. ej. hospitalizaciones, disfunción ocupacional u social).