Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.

Direction of Feed

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)-9

Por favor conteste todas las preguntas

To reproduce, follow the printing instructions. Do not fold this form.

POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DE LA PACIENTE

Instrucciones

Favor de usar un lápiz #2 llenar todo el óvalo como se muestra...

IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DE LA PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

MES DÍA AÑO

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

	Nunca	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	○	○	○	○
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza	○	○	○	○
3. Dificultad para dormirse, permanecer dormido o dormir demasiado	○	○	○	○
4. Sentirse cansado o con poca energía	○	○	○	○
5. Falta de apetito o comer en exceso	○	○	○	○
6. Sentirse mal consigo mismo – o que usted es un fracaso o que ha dejado a sí mismo o su familia abajo.	○	○	○	○
7. Dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión	○	○	○	○
8. Moverse o hablar demasiado lento que otras personas han notado. O por el contrario, está tan agitado o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual.	○	○	○	○
9. Pensamientos en que sería mejor estar muerto(a) o de querer hacerse daño de alguna manera.	○	○	○	○

Si ha marcado cualquiera de los problemas en este cuestionario, ¿que tan difícil se le han hecho estos problemas para que usted pueda hacer trabajo, cuidar de las cosas en casa, o relacionarse con otras personas?

- ○ No es nada difícil
- ○ Algo difícil
- ○ Muy difícil
- ○ Extremadamente difícil

Licensed Under U.S. Patent Nos. 7,487,102 and 7,941,328 from Willis Technologies, LLC

Copyright © PatientLink Form 773 S (Rev. 1/17/2018)

For technical support, please contact PatientLink at ***Support@MyPatientLink.com.***