

Do not write, stamp, punch holes or affix a sticker in this area.  
To reproduce, follow the printing instructions.  
Do not fold this form.

# Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)-2

Por favor conteste todas las preguntas

Compatible Note form:  
PHQ-2

## Instrucciones

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



POR FAVOR IMPRIME EL APELLIDO DE LA PACIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IMPRIME EL PRIMER NOMBRE DE LA PACIENTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE NACIMIENTO

MES		DÍA		AÑO					

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sido molesto 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sentirse triste, deprimido o sin esperanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>