

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9) + 3

Lista de los Nueve Síntomas para Revisión de la Depresión

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha: _____

¿En las últimas dos semanas, con qué frecuencia ha experimentado los siguientes síntomas?

PREGUNTAS	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Conteste las preguntas 1-9 inicialmente y después todos los Puntos de Decisión Crítica (PDC)	0	1	2	3
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	0	0	0
2. Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanza	0	0	0	0
3. Tener problemas para dormir, mantenerse dormido o dormir demasiado	0	0	0	0
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	0	0	0
5. Poco apetito o comiendo demasiado	0	0	0	0
6. Sentir falta de amor propio o pensar que es un fracaso o fallarle a usted mismo o a su familia	0	0	0	0
7. Tener dificultad en concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	0	0	0
8. El moverse o hablar tan despacio que otras personas a su alrededor se dan cuenta; o todo lo contrario, que cuando está nervioso/a o inquieto/a usted se mueva muchísimo más de lo normal.	0	0	0	0
9. Pensamientos de que pudiera estar mejor muerto o hacerse daño a si mismo. (Si contestó afirmativamente, complete la Evaluación de Riesgo de Suicidio)	0	0	0	0
PHQ-9 Scoring Formula				
# Symptoms	___ X 0 =	___ X 1 =	___ X 2 =	___ X 3 =
Per Category	_____ +	_____ +	_____ +	_____ =
PHQ-9 Total Score:				_____
10. Si contestó afirmativamente a cualquiera de los problemas en el cuestionario, ¿cuánta dificultad le han causado estos problemas en el trabajo, al atender su hogar o llevarse bien con otras personas?				
<input type="checkbox"/> Ninguna Dificultad	<input type="checkbox"/> Alguna Dificultad	<input type="checkbox"/> Mucha Dificultad	<input type="checkbox"/> Muchísima Dificultad	
COMPLETE LAS PREGUNTAS 11 Y 12 SOLAMENTE EN LA VISITA INICIAL				
11. ¿En los últimos dos años, se ha sentido deprimido/a o triste la mayoría de los días, a pesar de sentirse bien en otras ocasiones?				
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
12. ¿Ha habido un periodo, de al menos cuatro días, en los que se sentía tan feliz, con demasiada energía o tan irritable que se metió en problemas, o su familia o amigos se preocuparon o el médico le dijo que se encontraba en un estado maniaco?				
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Número de Teléfono: _____ ¿Se puede dejar mensaje? SI or NO Nota: _____				
Medication: _____ Dose: _____ Frequency: _____				
1 st copy to Medical Record			2 nd copy to Initiate Phone Protocol	