

CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nac.: _____ Proveedor: _____ Fecha: _____

Parte de la evaluación de rutina para su salud incluye revisar preocupaciones de estado de ánimo y emocionales.
Por favor responda cada pregunta lo mas honestamente posible.

Evaluacion PHQ-2

Durante las ultimas dos semanas, le han molestado con frecuencia los siguientes problemas?

1. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, irritable o sin esperanza? ☐ Si ☐ No
2. Poco interes o placer en hacer cosas? ☐ Si ☐ No

Si respondio "Si" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor complete el PHQ-9 a continuacion.

Evaluacion PHQ-9

En las ultimas 2 semanas, con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca (0)	Varios Dias (1)	Mas de la Mitad (2)	Casi Todos los Dias (3)
1. Poco interes o placer en hacer cosas	☐	☐	☐	☐
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, irritable o sin esperanza	☐	☐	☐	☐
3. Problemas para dormir, quedarse dormido/a o dormir demasiado	☐	☐	☐	☐
4. Falta de apetito, perdida de peso o comer en exceso	☐	☐	☐	☐
5. Sentirse cansado/a o con poca energia	☐	☐	☐	☐
6. Sentirse mal consigo mismo/a — o sentir que es un fracaso o ha defraudado a su familia	☐	☐	☐	☐
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periodico o ver television	☐	☐	☐	☐
8. Moverse o hablar tan lento que otros lo notarian? O lo contrario — estar tan inquieto/a que se mueve mas de lo habitual	☐	☐	☐	☐
9. Pensamientos de que estaria mejor muerto/a o de hacerse dano de alguna manera	☐	☐	☐	☐

Si esta experimentando alguno de estos problemas, que tan dificil le han hecho
realizar su trabajo, cuidar de las cosas en casa o llevarse bien con otros?

☐ Nada dificil ☐ Algo dificil ☐ Muy dificil ☐ Extremadamente dificil

Solo para Uso de la Oficina — Puntaje Total: _____

Herramienta adaptada PHQ-2 y PHQ-9