

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Cómo me siento?

En las últimas 2 semanas (14 días), ¿Que tan seguido le han molestado estos problemas? Favor de marcar con una X en el lugar apropiado.

PROBLEMAS	Para Nada	Varios Dias	Mas de 7 Dias	Casi Todos los Dias
	0	1	2	3
Poco interes o ningun placer al hacer las cosas				
Sentirse sin animos, deprimido, o sin ninguna esperanza				
Problemas consiguiendo el sueño, mantenerse dormido, durmiendo demasiado				
Sintiendose cansado o tener muy poca energia				
De Poco apetito o come demasiado				
Sintiendose mal de usted mismo, Sintiendose que usted es un fracaso, o Sintiendo que ha defraudado a usted mismo y a su familia				
Problemas al concentrarse en cosas como el leer el periodico ó al ver la televisión				
Moviendose o hablando lentamente que los demas lo puedan notar O Estar tan inquieto o impaciente que se ha estado moviendo mucho más de lo normal				
Tiene pensamientos que usted estaria mejor muerto o que tiene deseos de lastimar a alguien de alguna forma				
Total				

Total Puntos: _____

Segunda parte. Si usted marco algunos de los problemas en este cuestionario; ¿Qué tan difícil se han hecho estos problemas para que usted haga su trabajo, los quehaceres del hogar, o llevarse bien con las demas personas?

Nada Dificil	Un poco de Dificultad	Bastante Dificil	Extremadamente Dificil
0	1	2	3

PHQ-9 Spanish 2-18-15

Nombre del Paciente : _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy : _____

En las ultimas 2 semanas (14 dias), ¿Que tan seguido le han molestado estos problemas? Favor de marcar con una X en el lugar apropiado.

Problemas	Para Nada	Varios Dias	Más de 7 Dias	Casi todos los Dias
	0	1	2	3
Sintiendose nervioso, con ansiedad o irritado				
No poder parar o controlar de preocuparse				
Preocupandose demasiado de distintas cosas				
Dificultad al relajarse				
Estar tan intranquilo que le cuesta quedarse sentado				
El ponerse facilmente irritado o molesto				
Sentir miedo como si algo fuera a pasar				
Sume todos los resultados de cada columna				
Total de resultados (sumar el total de cada columna) =				

¿Qué tan difícil se han hecho estos problemas para que usted haga su trabajo, los quehaceres del hogar, o llevarse bien con las demás personas?

Nada difícil _____

Un poco de dificultad _____

Bastante difícil _____

Extremadamente difícil _____