

# CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS, INC.



## Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) and Brief Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)

Name \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Patient Health Questionnaire-4 (PHQ4) Scale

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? <i>(Marque con una “✓” para indicar su respuesta)</i>	Para nada	Varios días	Más de la mitad días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Poco interés o placer en hacer las cosas ha tenido	0	1	2	3
4. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
Añada el resultado para cada columna	+	+	+	
El resultado total (Añaden sus tanteos de la columna) =				

#### Brief SBIRT para el Alcohol: Una bebida estándar = 12 oz. cerveza, 5 oz. vino, or 1.5 onzas de licor

1. ¿Cuándo fue la última vez que usted tomó 3 (para las mujeres o los hombres mayores de 65) o 4 (para los hombres) bebidas en un día?

2. ¿Cuántas bebidas toma por semana?

#### BRIEF SBIRT para Drogas:

3. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado las drogas que no sean las necesarias por razones médicas?