

# CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS, INC.

## Patient Health Questionnaire -9 (PHQ-9)

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

Date \_\_\_\_\_

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 de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
2. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como 1 leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
10. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil			
11. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o mas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Número de síntomas _____				
Severidad _____				

\*\*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerto o hacerse daño en alguna manera, favor de hablar con su médico, ir a una sala de emergencia o llamar al 911.