



## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 MODIFICADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CLINICO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** ¿Que tan a menudo ha sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las dos últimas semanas? Por cada síntomas escriba una "X" en el cuadro que mejor describe se siente.

	Ninguno	Varios Días	Más de la Mitad de los Días	Casi Todos los Días
1. ¿Se Siente deprimido, irritado, o sin esperanza?				
2. ¿Poco interés o placer para hacer cosas?				
3. ¿Tiene dificultad para dormirse, quedarse dormido, o duerme demasiado?				
4. ¿Poco apetito, pérdida de peso, o come demasiado?				
5. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?				
6. ¿Se siente mal por usted mismo-o siente que es un fracasado, o que le ha fallado a su familia y a usted mismo?				
7. ¿Tiene problema para concentrarse en cosas tales como tareas escolares, leer, o ver televisión?				
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas pueden notarlo?  ¿O al contrario – esta tan inquieto que se mueve mas de lo usual?				
9. ¿Pensamiento que estaría mejor muerto o de hacerse daño usted mismo de alguna manera?				
10. ¿En el año pasado se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces? ( ) Si ( ) No				
Si usted esta pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿ que tan difícil estos problemas le causan para hacer su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con las demás personas? ( ) No difícil ( ) Un poco difícil ( ) Muy difícil ( ) Sumamente difícil				
¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida? ( ) Si ( ) No				
¿Alguna vez en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse? ( ) Si ( ) No				

**\*\*Si usted piensa que estaría mejor muerto o piensa hacerse daño de alguna manera, por favor hable sobre esto con el Clínico de Atención de Salud, o vaya a la sala de emergencia de un hospital o llame al 911.**

OFFICE USE ONLY: Severity Score \_\_\_\_\_