

ACCESS TO CARE - ADULT

PATIENT NAME: _____

DATE: _____

PHQ-9

Durante <u>las últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?		Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1.	Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2.	Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3.	Ha tenido dificultad para quedarse 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.	Sin 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 ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8.	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario-muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9.	Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

PHQ9 SCORE:

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil
 Un poco difícil
 Muy difícil
 Extremadamente difícil

¿Hice planes de terminar con mi vida en las últimas 2 semanas? Si No