

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 <span style="float: right;">72883</span>												
(US Spanish version of the PHQ)												
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	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. Sintiendo decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3								
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3								
4. Sintiendo cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3								
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3								
6. Sintiendo mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3								
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3								
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3								
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3								
<b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b> _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____												
<p>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><b>Para nada difícil</b></td> <td><b>Un poco difícil</b></td> <td><b>Muy difícil</b></td> <td><b>Extremadamente difícil</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					<b>Para nada difícil</b>	<b>Un poco difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Extremadamente difícil</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Para nada difícil</b>	<b>Un poco difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Extremadamente difícil</b>									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<small>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P</small>												
<b>Confirmando que la información en este formulario es correcta.</b>	Iniciales del paciente:	Fecha:										

\_\_\_\_\_ MRN

\_\_\_\_\_ PROVEEDOR