



Patient Questionnaire (PHQ-9)

Información del paciente				
Fecha de servicio				
Nombre del paciente:				
Fecha de nacimiento:				
Sexo:				
Cuestionario				
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Marque sus respuestas con un círculo)	De nada	Varias Dias	Más de la mitad los días	Cerca de Cada día
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, decaído o sin esperanza	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansada o tener un poco de energía	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado; o, lo contrario, estar tan inquieto o intranquilo que ha estado moviéndose mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estarías mejor muerto o de hacerte daño de alguna manera.	0	1	2	3
Calcule los totales de cada columna y combínelos para obtener la puntuación total.	0			
<p><b>Si ha marcado alguno de los problemas anteriores, ¿en qué medida estos problemas le han dificultado realizar su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?</b></p> <p>___ Nada difícil</p> <p>___ Algo difícil</p> <p>___ Muy difícil</p> <p>___ Extremadamente difícil</p>				
<b>Puntuación total:</b>				

