



33 4th Street NW, Sioux Center, IA 51250 | 712-722-1700 | care@promisechc.org | promisehc.org

Estimado paciente nuevo:

Le damos la bienvenida a la práctica de Emily Leinen, PMNHP. Apreciamos la confianza que ha puesto en nosotros como uno de sus proveedores de atención médica, y le agradecemos que haya elegido a Promise. Tenemos algunos recordatorios importantes que informarle para que tenga una excelente experiencia mientras visita nuestra oficina. Usted es muy importante para nosotros, y cada cita es valiosa.

- Le pedimos que llegue 20 minutos antes de su cita.
- Como proveedora psiquiátrica, Emily forma parte de una práctica especializada. Mientras que la facturación será manejada igual, su copago o deducible podría ser un poco más alto.
- Si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor llámenos al 712-722-1700 lo más pronto posible.
- Las horas de oficina de PMHNP son lunes 8:00 am-5:00 pm y de martes a viernes 8:00 am-4:00 pm
- Los rellenos serán realizados durante las horas de oficina solamente.
- Por favor estacionese en el estacionamiento al otro lado de la calle frente a Promise

Adjunto encontrará la documentación de los nuevos pacientes. Por favor, devuelva el papeleo completado a nuestra oficina por correo, correo electrónico, o entregándolo en nuestra oficina. Ya cuando hemos recibido los documentos completados, la enfermera le contactará para programar una consulta.

Correo electrónico: medicalrecords@promisechc.org
Correo: 33 4th Street NW
Attn: Medical Records
Sioux Center, IA 51250

Usted recibirá una llamada o un texto recordatorio de nuestro servicio automatizado antes de su cita. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamar a nuestra oficina al 712-722-1700. Estamos emocionados por conocerle.

Emily Leinen, PMHNP



FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA NUEVOS PACIENTES

Nombre del paciente: _____ FDN: _____ / _____ / _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Motivo de la visita: _____

¿Tiene usted un tutor legal? SÍ NO Nombre del tutor: _____

Persona/proveedor que le refirió: _____ Proveedor primario: _____

Farmacia: _____

Encierre en un círculo cualquier síntoma que tenga actualmente (marque todas las que correspondan):

- | | | | | | |
|-----------|-----------|--------------------|---------------------|----------------------------|----------------------|
| Ansiedad | Depresión | Problemas de humor | Irritabilidad/enojo | Pensamientos suicidas | Problemas de sueño |
| Ver cosas | Oír cosas | Impulsividad | Abuso de sustancias | Problemas de concentración | Problemas de memoria |

Otros síntomas preocupantes: _____

¿Alergias a medicamentos? SÍ NO

Medicamentos actuales:

Nombre del medicamento:	Dosis:	Número de veces tomado diariamente:

Medicamentos psiquiátricos anteriores:

Nombre del medicamento:	Dosis:	Fechas aproximadas de inicio y finalización:	Motivo de interrupción/reacciones o intolerancias:
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	
		-	

PHQ 2: En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (encierre una respuesta para cada una de ellas)

- | | | | | |
|--|-----------|------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Poco interés o placer en hacer cosas: | Para nada | Varios días (+1) | Más de la mitad de los días (+2) | Casi todos los días (+3) |
| Sentirse abatido, deprimido o sin esperanza: | Para nada | Varios días (+1) | Más de la mitad de los días (+2) | Casi todos los días (+3) |

Problemas en casa/trabajo/escuela/sociales debido a los síntomas: (por favor, puntúe de 0 a 10, siendo 0 ninguno)

Problemas en el trabajo/escuela: _____ / 10 Problemas sociales: _____ / 10

Problemas con la vida familiar/responsabilidades en el hogar: _____ / 10

HISTORIA SOCIAL

Nombre del paciente: _____

Creciendo Lugar de nacimiento: _____ Lugar de crecimiento: _____

Sus padres estaban: Casados Divorciados Solteros Otro: _____

¿Siguen casados?: SÍ NO ¿Quién lo/a crió? _____

Padrastros: SÍ NO _____ Otro tutor encargado: _____

Hermanos: SÍ NO Numero de hermanos: _____ Numero de hermanas: _____

Hermanastros/as: SÍ NO Numero de hermanastros: _____ Numero de hermanastras: _____

Otros con los que se ha criado: SÍ NO _____

Vida al crecer (círcule todas las que correspondan):

Segura Feliz Contenta Buena
Insegura Infeliz No contenta Mal Acosado/a

Otro: _____

Situación de vida actual Lugar donde vive ahora: _____ Otros que viven en el hogar: _____

Estado civil actual: Soltero/a Casado/a Pareja Otro: _____

Matrimonios anteriores: SÍ NO

¿Actualmente, como se siente? (círcule todas las que correspondan):

Seguro/a Feliz Contento/a Bien
Inseguro/a Infeliz No contento/a Mal Acosado/a

Otro: _____

Hijos/as SÍ NO Número de hijos: _____ Número de hijas: _____

hijastros: SÍ NO Número de hijastros: _____ Número de hijastras: _____

Proporcione detalles si lo desea: _____

Sistema de apoyo (quién le proporciona apoyo emocional) _____

Educación

¿El grado más alto? _____ ¿Se graduó? SÍ NO De: _____ GED? SÍ NO

Colegio/Universidad SÍ NO ¿Se graduó? SÍ NO Especialidad/título: _____

Dificultades de aprendizaje/educación especial: _____

Historial laboral (qué tipo de trabajos ha tenido y/o tiene) _____

¿Historial militar? SÍ NO ¿Sector? _____ Años de servicio: _____

Problemas o cargos legales SÍ NO Cargos legales actuales: _____

Pasado: _____ Libertad condicional: _____

Antecedentes de violencia: _____

Historial de abuso de sustancias

Tipo de sustancia	Primera edad de uso	Frecuencia de uso cuando se utiliza	Cantidad usada típicamente	Ultimo uso
Alcohol				
Marihuana				
Cocaína/crack/met				
Alucinógenos				
Heroína/opiáceos				
Drogas de prescripción				
Consumo de cafeína				
Nicotina (círcule el tipo)				
Cigarrillos Cigarros Pipa Masticable				
Otros (sales de baño/K2):				
Droga de elección:				
Historia de abstinencia de alcohol (convulsiones-temblores-alucinaciones):				

Nombre del paciente: _____

Historial de tratamiento

Tratamientos de drogas/alcohol	No	Sí	Fechas	Proveedor/centro de tratamiento
Tratamiento:	AA/NA	Ambulatorio/a	IOP	(corto o largo) residencial a largo plazo

HISTORIAL MÉDICO

Proveedor médico actual: _____

Problemas de salud o diagnósticos actuales: _____

SÓLO PARA MUJERES Última menstruación: ____ / ____ / ____ Método anticonceptivo: _____

Síntomas premenstruales: _____

Otros síntomas (sofocos, etc.): _____

Sólo si está embarazada o planea estarlo

Médico obstetra: _____ Clases prenatales: _____ Pecho Biberón

Número de embarazos: _____ Número de hijos: _____

Dominio de mano: Izquierda Derecha

Antecedentes quirúrgicos (marque aquellos que tenga actualmente o haya tenido en el pasado):

Adenoidectomía	Vesícula biliar	Reemplazo de rodilla	Amigdalectomía
Apendicectomía	Derivación gástrica	Derecha Izquierda	Ligadura de trompas
Colectomía	Reparación de hernia	Biopsia del hígado	Cirugía cardíaca/CABG
Colonoscopia	Histerectomía	Cirugía de los senos paranasales	Stent/válvula cardíaca
Colostomía	Reemplazo de cadera	Resección del Intestino delgado	Marcapasos
Cesárea	Derecha Izquierda		Desfibrilador

Otros procedimientos quirúrgicos: _____

Revisión médica de los sistemas (marque aquellos que tenga actualmente o haya tenido en el pasado):

Dependencia del alcohol	Gastrointestinal/colorrectal	Musculosquelético
Problemas de mama/seno	> Cáncer	> Rotura de huesos
Cáncer	> Enfermedad celíaca	> Daños musculares/desgarros
> Tipo _____	> Estreñimiento	> Osteoartritis
Cardiovascular/corazón	> Enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa	> Usar silla de ruedas/andador/caña
> Presión arterial alta/hipertensión	> Diarrea	Respiratorio
Cabeza/cerebro	> ERGE/Reflujo	> Asma
> Conmoción cerebral	> Enfermedad del Intestino irritable	> EPOC
> Lesión cerebral traumática	> Úlcera péptica	> Enfisema
> Convulsiones	Endocrino	> Antecedentes de bronquitis
> Derrame cerebral/accidente vascular cerebral	> Problemas de tiroides	> Antecedentes de neumonía
> AIT/accidente isquémico transitorio	> Diabetes	Problemas urinarios
Colesterol alto	> SOP (síndrome de ovario poliquístico)	Problemas vasculares
Enfermedad del hígado	Autoimmune	> Varices gástricas o esofágicas
> Cirrosis	> Artritis reumatoide	> Coágulos de sangre
> Hepatitis A B C	> Lupus	Debilidad general
Problemas de vesícula biliar	Pancreatitis	Otro _____
Constitucional	Sí	Ojos
	Sí	GI
	Sí	Endo/heme/alergias
	Sí	

Nombre _____ Fecha de hoy _____

A continuación, se presenta una lista de los síntomas más comunes de la ansiedad. Por favor, lea atentamente cada elemento de la lista. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO HOY, marcando con una X el espacio correspondiente en la columna que se encuentra al lado de cada síntoma.

	PARA NADA	LIGERAMENTE No me molestó mucho	MODERADAMENTE Fue muy molesto, pero pude soportarlo	SEVERAMENTE Apenas pude soportarlo
1. Adormecimiento u hormigueo				
2. Sentimiento de calor				
3. Tambaleo en las piernas				
4. Imposibilidad de relajarse				
5. Miedo a que ocurra lo peor				
6. Mareo o vértigo				
7. El corazón late con fuerza o se acelera				
8. Inestabilidad				
9. Aterrorizado				
10. Nervioso				
11. Sensación de ahogo				
12. Temblor de manos				
13. Tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Miedo				
18. Indigestión o malestar en el abdomen				
19. Desmayo				
20. Cara enrojecida				
21. Sudoración (no debida al calor)				

POR FAVOR, INDIQUE SI LA MEJOR RESPUESTA ES SÍ O NO:

1. ¿Alguna de sus relaciones personales mas cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes? 1= SÍ 0= NO
2. ¿Ha tratado intencionalmente de hacerse daño físico (quemarse, cortarse, pegarse)? ¿Ha realizado alguna tentativa de suicidio? 1= SÍ 0= NO
3. ¿Ha tenido al menos 3 otros problemas de impulsividad (por ejemplo, atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal)? 1= SÍ 0= NO
4. ¿Se ha sentido extremadamente malhumorado? 1= SÍ 0= NO
5. ¿Se ha sentido o se siente enfadado(a) la mayor parte del tiempo? ¿Ha actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica? 1= SÍ 0= NO
6. ¿A menudo ha sentido desconfianza de la gente? 1= SÍ 0= NO
7. ¿Se ha sentido con frecuencia irreal o como si las cosas a su alrededor fueran irreales? 1= SÍ 0= NO
8. ¿Se ha sentido crónicamente vacío? 1= SÍ 0= NO
9. ¿Se ha sentido a menudo con la sensación de no saber quien es o que no tiene identidad propia? 1= SÍ 0= NO
10. ¿Ha hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirse abandonado (por ejemplo, llamar repetidamente a una persona para que le confirme que esta preocupada por usted, suplicarle que no lo deje, agarrarse físicamente)? 1= SÍ 0= NO

¿Mis sentimientos hacia la comida y el cuerpo...?

- Me siento fuera de control con mi alimentación _____
- No me gusta mi cuerpo _____
- Siempre intento controlar mi peso _____
- A menudo me doy un atracón y luego trato de eliminar las calorías _____
- Me salto comidas para controlar mi peso _____
- Soy reservado(a) con respecto a mi alimentación _____
- Me pongo ansioso(a) cuando no hago ejercicio _____
- Otros dicen que he perdido mucho peso en poco tiempo _____
- Mis periodos menstruales son irregulares o han parado por completo _____
- Tengo miedo de subir peso _____
- A veces vomito después de comer _____
- Utilizo pastillas para adelgazar, laxantes u otras sustancias para controlar mi peso _____
- Creo que tengo sobrepeso, aunque otros me digan que no es así _____
- No merezco comer y me siento culpable si lo hago _____
- Me aílo de los demás por mi aspecto o porque la comida puede estar implicada _____

POR FAVOR, RESPONDA SÍ O NO EN LA LÍNEA AL LADO DE CADA FRASE

De vez en cuando, algunos individuos notan que su humor y/o su nivel de energía cambian drásticamente_____.

También notan que a veces su energía es muy baja y otras es muy alta_____.

Durante su fase “baja” estos individuos sienten a menudo falta de energía, necesidad de quedarse en cama o de dormir de más, y poca o ninguna motivación para realizar las cosas que tienen que hacer_____.

A menudo suben de peso durante estos períodos_____.

Durante esta fase se sienten “bajoneados,” tristes todo el tiempo o deprimidos_____.

A veces durante estas etapas se sienten desesperanzados y hasta con pensamientos suicidas_____.

Tienen dificultades laborales y sociales_____.

Habitualmente estas etapas duran semanas, aunque a veces pueden durar sólo unos pocos días_____.

Los individuos con estas características pueden experimentar un período de estado de ánimo “normal” entre los cambios de humor, durante estas fases su nivel de energía y su humor no son adecuados y sus capacidades no se ven alteradas_____.

Luego pueden sentir un marcado cambio en la manera en que se sienten_____.

Su energía aumenta por encima de lo que es habitual para ellos, y con frecuencia realizan más actividades de las que harían normalmente_____.

A veces, durante estos períodos en “alta” los individuos sienten que tienen demasiada energía y hasta se sienten “excelentemente bien”_____.

Algunos individuos en estas etapas también pueden sentirse irritables, intolerantes o más agresivos_____.

Algunos realizan muchas actividades al mismo tiempo durante estas fases_____.

Durante estos períodos también algunos individuos pueden meterse en problemas por gastar más dinero_____.

También pueden estar más conversadores, más extrovertidos o tener más interés en la actividad sexual_____.

A veces durante esta fase su comportamiento puede ser extraño o incluso molesto para las demás personas_____.

A veces se meten en problemas con sus compañeros de trabajo o hasta con la policía en estos períodos_____.

A menudo aumentan su consumo de alcohol o de drogas no recetadas por un médico durante estos períodos_____.

Ahora que ha leído este párrafo, por favor marque alguna de las siguientes cuatro opciones:

- Esta historia me describe muy bien o casi perfectamente.
- Esta historia me describe bastante bien.
- Esta historia me describe hasta cierto punto pero no en todos los aspectos.
- Esta historia no me describe en lo absoluto.

Cuestionario del Humor

Instrucciones para los pacientes: Marque por favor solamente
Una caja para cada una de las preguntas de abajo.

1. ¿Ha tenido un momento en su vida en donde usted no se ha comportado como usted mismo...	Sí	No
...usted se ha sentido tan bien o tan hiperactivo(a) (inquieto) que otras personas piensan que usted no se comporta como si mismo, o usted esta tan hiperactivo(a) (inquieto) que se mete en líos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ha estado tan irritable que usted le grita a las personas o empieza peleas o argumentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...usted se ha sentido con mucha más confianza que lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...usted ha dormido mucho menos que lo normal y se da cuenta que no extraña dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ha esta hablando mucho más y habla más rápido que lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... han pasado pensamientos continuamente por su cabeza y es difícil pararlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...se ha distraído fácilmente por las cosas alrededor de usted lo cual le han causado dificultad para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ha tenido mucha más energía de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es mucho más activo(a) y/o hace muchas cosas más de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...es mucho más sociable o esta más motivado(a) que lo normal. Por ejemplo, le habla por teléfono a sus amigos a la media noche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...esta mucho más interesado(a) en tener relaciones intimas mas de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...usted hace cosas que no son normales para usted o que otras personas tal vez piensan que son excesivas, raras, o riesgosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...se ha gastado el dinero y esto ha causado que usted y su familia tengan problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Si marco SI a más de una de las preguntas de arriba, ¿ha (usted) experimentado varios de estos al mismo tiempo?	Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuántos problemas le han causado estas situaciones (como no poder trabajar, tener familia, dinero, o problemas legales y/o meterse en serios argumentos o peleas)?		

No problema
 Problema menor
 Problema moderado
 Problema serio

Nombre del paciente		Fecha de hoy	
---------------------	--	--------------	--

Responda a las siguientes preguntas evaluándose a sí mismo en cada uno de los criterios indicados utilizando la escala ubicada al lado derecho de la página. Cuando responda a cada pregunta, ponga una X en la casilla que mejor describa cómo se ha sentido y comportado durante los últimos 6 meses. Entréguele esta lista de verificación completada al profesional médico que lo atiende para comentarla durante la cita de hoy

	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Con mucha frecuencia
1. ¿Con qué frecuencia le cuesta concluir los detalles finales de un proyecto una vez que ya ha terminado las partes que constituyen un reto?					
2. ¿Con qué frecuencia le cuesta poner las cosas en orden cuando tiene que realizar una tarea que exige organización?					
3. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para recordar citas u obligaciones?					
4. Cuando tiene que realizar una tarea que exige pensar mucho, ¿con qué frecuencia evita o aplaza su comienzo?					
5. ¿Con qué frecuencia juguetea con o retuerce las manos o los pies cuando tiene que estar sentado por mucho tiempo?					
6. ¿Con qué frecuencia se siente excesivamente activo y empujado a hacer cosas, como si lo impulsara un motor?					
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por descuido cuando tiene que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?					
8. ¿Con qué frecuencia le cuesta mantener la atención cuando está realizando un trabajo aburrido o repetitivo?					
9. ¿Con qué frecuencia le cuesta concentrarse en lo que otras personas le están diciendo, incluso cuando le hablan directamente?					
10. ¿Con qué frecuencia extravía o le cuesta encontrar cosas en la casa o el trabajo?					
11. ¿Con qué frecuencia se distrae con actividades o ruidos que se producen alrededor suyo?					
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que se mantenga sentado?					
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o agitado?					
14. ¿Con qué frecuencia le cuesta relajarse cuando tiene tiempo para usted?					
15. ¿Con qué frecuencia se da cuenta de que está hablando demasiado en situaciones sociales?					
16. Cuando está teniendo una conversación, ¿con qué frecuencia se da cuenta de que termina las oraciones de las personas con quienes está hablando antes de que las puedan terminar ellas mismas?					
17. ¿Con qué frecuencia le cuesta esperar su turno en situaciones en las que hay que esperar el turno?					
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otras personas cuando están ocupadas?					

PCL-5

Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.

<i>Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:</i>	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremadamente</i>
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (<i>como si estuviera reviviéndola</i>)?	0	1	2	3	4
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (<i>por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración</i>)?	0	1	2	3	4
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (<i>por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones</i>)?	0	1	2	3	4
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (<i>por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso</i>)?	0	1	2	3	4
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	0	1	2	3	4
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. sentirse distante o enajenado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. dificultad para sentir emociones positivas (<i>por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted</i>)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

GAD-7

Durante las últimas 2 semanas, ¿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

(Marque con un " " para indicar su respuesta)

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ____ = ____ + ____ + ____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	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

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total 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