

Comprehensive Community Health Centers, Inc.
Cuestionario de Depresión de Adulto: PHQ-2 and PHQ-9

For Clinic Use Only

MRN: _____

Date: _____

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Paciente: Como la depresión puede afectar su salud, es importante que le hagamos unas preguntas para saber si podría estar deprimido(a), o si está en riesgo de depresión. Asegúrese de hablar con su proveedor si tiene preguntas sobre este formulario. Sus respuestas son confidenciales, entonces por favor sea honesto(a).

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Círculo para indicar su respuesta por favor)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1) Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2) Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
For Clinic Use Only: Add columns				
	0	+	+	+
PHQ-2 Total: _____				

Paciente: Si sus respuestas resultaron en “0” indicando “para nada” a las dos preguntas anteriores, puede parar aquí. Si respondió alguna de las dos preguntas con un “1”, “2”, o “3” indicando “varios días”, “más de la mitad de los días”, o “casi todos los días”, por favor conteste las preguntas 3 a 10:

3) Dificultad para dormir 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) Con poco 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 cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8) ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notado? O por el contrario — ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9) Ha pensado que estaría mejor muerto(a), o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
For Clinic Use Only: Add columns				
	0	+	+	+
PHQ-9 Total: (all 9 questions) _____				
10) Si usted marco cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas.	Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil