

HILLSBORO CLINIC

Excellence in Primary Care



356 SE 9th Ave
Hillsboro, OR 97213
www.HillsboroClinic.com
503.681.4366 (phone)
503.681.4374 (fax)

DR. MARC E. LEWIS DR. MEENAKSHI AGGARWAL ANNE DUNNE, DNP MELINDA SANFILIPPO, FNP

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

Fecha: _____

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?
(Por favor circule claramente su respuesta)

	Ninguno	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sin interés ni placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sentirse deprimido, deprimido o desesperado.	0	1	2	3
3. Problemas para conciliar el sueño, quedarse dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o sin energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o sentir que es un fracaso, o sentir que decepcionó a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Muévete o habla tan despacio que otros lo noten. O lo contrario: estar inquieto y moverse más de lo habitual	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o pensamientos de hacerse daño	0	1	2	3

CANTIDAD TOTAL:

10. Si ha marcado algún problema, ¿qué tan difícil le han dificultado hacer su trabajo, cuidar las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es nada difícil _____ Levemente difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil _____
--	--