

Nombre del Paciente:

Fecha de Visita:

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**

	No en absoluto	Varios Dias	Mas de La Mitad de los Dias	Casi Cada Día
Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse deprimido, deprimido o desesperado	0	1	2	3
Problemas con el sueño, quedarse dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal contigo mismo, o que eres un fracaso o que te has decepcionado a ti mismo o a tu familia	0	1	2	3
Problemas para concentrarse en las cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado. O, al contrario, estar tan inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
Pensamientos de que sería mejor morir o lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Totales de Columna

+  +

**TOTAL**

**Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil es hacer su trabajo, cuidar las cosas en la casa o llevarse bien con otras personas?**

- No esta difícil       Un poco difícil       Muy difícil       Extremadamente difícil

**Puntaje Total**

**Gravedad de la Depresión**

1-4

Depresión mínima

5-9

Depresión ligera

10-14

Depresión moderada

**Puntaje Total**

**Gravedad de la Depresión**

15-19

Depresión moderadamente grave

20-27

Depresión grave