



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

MetroHealth de Ormond Beach
500 Memorial Circle, Suite C
Ormond Beach, FL 32174
Tel: 386-615-3500
Fax: 407-294-3316

Nombre del paciente:

Fecha de la visita:

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha presentado alguno de los siguientes problemas?

	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer por hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse sin ánimos, deprimido/a o sin esperanza	0	1	2	3
Dificultad para conciliar el sueño, permanecer dormido/a o dormir demasiado	0	1	2	3
Sensación de cansancio o de poca energía	0	1	2	3
Pérdida de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracasado o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
Problemas para concentrarse en hacer cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberlo notado. O, lo contrario: estar tan inquieto/a que se ha movido mucho más de lo habitual	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Columna totales + +

TOTAL

Si ha marcado algún problema, ¿en qué medida esos problemas le han dificultado el trabajo, las tareas domésticas o la relación con otras personas?

- Nada Algo Mucho Extremadamente

Calificación	Gravedad de la	Calificación	Gravedad de la depresión
1-4	Depresión mínima	15-19	Depresión moderadamente grave
5-9	Depresión leve	20-27	Depresión grave
10-14	Depresión moderada		

PHQ9 Copyright Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. PRIME-MD es una marca comercial de Pfizer Inc. A2662B 10-04-2005