

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 72883 (US Spanish version of the PHQ)				
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If Yes, data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ DD-Mon-YYYY				
Comments:				
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	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. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) -- o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? o lo contrario -- muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: right;"> SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____ </div>				
Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan difícil han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?				
Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P				
Confirmo que la información en este formulario es correcta.	Iniciales del paciente:	Fecha:		