

## Patient Health Questionnaire PHQ-9

Nine Symptom Checklist (Spanish)

Nombre \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy \_\_\_\_\_

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuan qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
a. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sentirse cansado/a o tener poca energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Temer poco apetito o comer en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuan difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas? <input type="checkbox"/> Nada en absoluto <input type="checkbox"/> Algo difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil				
11. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más? <input type="checkbox"/> Sí, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más. <input type="checkbox"/> No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.				

*\*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerto/a o hacerse daño en alguna manera, favor de hablar con su médico, ir a una sala de emergencia o llamar al 911.*

Number of symptoms: \_\_\_\_\_ Total score: \_\_\_\_\_