

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: _____
 Medico de Referencia: _____

Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Teléfono: _____

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

Al completar el CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9) YO _____, doy mi consentimiento en el intercambio de información, entre California Health Collaborative programa Maternal Wellness y el proveedor. _____

Firma / Fecha

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

(Marque con un "D" para indicar su respuesta)

	Ningún día	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. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiad	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) –o que es un fracas o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

_____ + _____ + _____ + _____
 =Total Puntuaje : _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maternal Wellness ~ Teléfono: 559 -801-1598 o 559-477-8991
 ~ Fax: 559-244-4589

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Medico de Referencia: _____

Direccion: _____
Teléfono: _____
Teléfono: _____

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

Al completar el CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9) YO _____, doy mi consentimiento en el intercambio de Nombre Y Apellido información, entre California Health Collaborative programa Maternal Wellness y el proveedor. _____

Firma / Fecha