**Cuestionario Sobre La Salud Del Paciente9**

**Patient Name: Date:**

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***(Marque con una “*✔*” para indicar su respuesta)*** | **Para nada** | **Varios días** | **Más de**  **la mitad de los días** | **Casi todos los**  **días** |
| 1. Poco interés o placer en hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Con poco apetito o ha comido en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se ha sentido mal con usted mismo(a)-o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera | 0 | 1 | 2 | 3 |

+ + + =

**Total Score**

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

7/18