

# Una Encuesta de Parte de su Proveedor de Cuidados de Salud – PHQ-9 Modified for Teens

Nombre \_\_\_\_\_

Clinico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Instrucciones: ¿Qué tan a menudo ha sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las dos últimas semanas? Por cada síntoma escriba una "X" en el cuadro que mejor describe como se siente.**

	(0) Ninguno	(1) Varios Días	(2) Mas de la Mitad de los Días	(3) Casi Todos los Días
1. ¿Se siente deprimido, irritado, o sin esperanza?				
2. ¿Poco interés o placer para hacer cosas?				
3. ¿Tiene dificultad para dormirse, quedarse dormido, o duerme demasiado?				
4. ¿Poco apetito, pérdida de peso, o come demasiado?				
5. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?				
6. ¿Se siente mal por usted mismo-o siente que es un fracasado, o que le ha fallado a su familia y a usted mismo?				
7. ¿Tiene problema para concentrarse en cosas tales como tareas escolares, leer, o ver televisión?				
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas pueden notarlo? ¿O al contrario-esta tan inquieto que se mueve mas de lo usual?				
9. ¿Pensamientos que estaría mejor muerto o de hacerse daño usted mismo de alguna manera ?				

10. ¿En el año pasado se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces?  Si  No

11. Si usted esta pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan difícil estos problemas le causan para hacer su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con las demás personas?  
 No difícil  Un poco difícil  Muy difícil  Sumamente difícil

12. ¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida?  Si  No

13. ¿Alguna vez en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse?  Si  No

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Score \_\_\_\_\_

Q. 12 and Q. 13 = Y or Screen  $\geq 11$