

<b>CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9</b> <span style="float: right;">72883</span> <b>(US Spanish version of the PHQ)</b>				
<b>THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.</b>				
Were data collected? <b>No</b> <input type="checkbox"/> (provide reason in comments) If <b>Yes</b> , data collected on visit date <input type="checkbox"/> or specify date: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">DD-Mon-YYYY</div>				
<i>Comments:</i>				
<b>Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.</b>				
<b>Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?</b>	<b>No del todo</b>	<b>Varios días</b>	<b>Más de la mitad de los días</b>	<b>Casi todos los días</b>
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="text-align: right; font-size: small;"> <b>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</b>            _____ + _____ + _____ + _____  <b>=Total Score: _____</b> </div>				
<b>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</b>				
<b>Para nada difícil</b> <input type="checkbox"/>	<b>Un poco difícil</b> <input type="checkbox"/>	<b>Muy difícil</b> <input type="checkbox"/>	<b>Extremadamente difícil</b> <input type="checkbox"/>	
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P				
<b>Confirмо que la información en este formulario es correcta.</b>	Iniciales del paciente:		Fecha:	