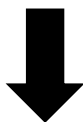


Patient Name: _____
Date of Birth: _____

## PHQ-9 Questionnaire

During the past two weeks,  
how often have you been  
bothered by:

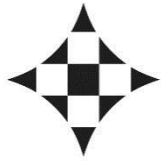


NOT AT ALL	SEVERAL DAYS	MORE THAN ½ THE DAYS	NEARLY EVERY DAY
Score = 0	Score = 1	Score = 2	Score = 3

		NOT AT ALL Score = 0	SEVERAL DAYS Score = 1	MORE THAN ½ THE DAYS Score = 2	NEARLY EVERY DAY Score = 3
1.	Trouble falling/staying asleep, sleeping too much?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Feeling tired or having little energy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Poor appetite or overeating?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Feeling bad about yourself or that you are a failure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Trouble concentrating on things?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Moving/speaking so slowly that people have noticed? Or the opposite – being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Thought that you would be better off dead or thoughts of hurting yourself in some way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Additional Question:

	NOT DIFFICULT AT ALL	SOMEWHAT DIFFICULT	VERY DIFFICULT	EXTREMELY DIFFICULT
If you have any of the above problems, how difficult does this make it to work, live, and get along with others?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



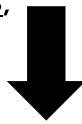
Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

## PHQ-9 Cuestionario de Salud Para el Paciente

**Durante las últimas 2 semanas,**

¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?



NUNCA  
Score = 0

VARIOS DIAS  
Score = 1

MAS DE  
MITAD DE  
LOS DIAS  
Score = 2

CASI TODO  
LOS DIAS  
Score = 3

		NUNCA Score = 0	VARIOS DIAS Score = 1	MAS DE MITAD DE LOS DIAS Score = 2	CASI TODO LOS DIAS Score = 3
1.	¿Ha tenido dificultad para quedarse permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	¿Se ha sentido cansado(a) o con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	¿Sin apetito o ha comido en exceso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	¿Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	¿Ha tenido dificultad para concentrarse en las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrian haberlo notado? – o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho mas de lo normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Adicionales Pregunta:**

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	PARA NADA DIFICIL <input type="checkbox"/>	UN POCO DIFICIL <input type="checkbox"/>	MUY DIFICIL <input type="checkbox"/>	EXTREMAD A-MENTE DIFICIL <input type="checkbox"/>
---	--	--	--	--

PHQ-9 is adapted from PRIME\_MD Today, developed by Spitzer, Williams, Kroenke and colleagues. Copyright 1999, by Pfizer, Inc. All rights reserved. Reproduction permitted for the purposes of clinical care and research only. Printing funded by a grant from HRSA.