

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Name: _____ Date: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
(use “✓” to indicate your answer.)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

Add columns: + +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, please refer to instructions on tear-off pad cover)

TOTAL:

10. If you checked off *any* problems, how *difficult* have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all _____
Somewhat difficult _____
Very difficult _____
Extremely difficult _____

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. The names PRIME-MD® and PRIME MD TODAY® are registered trademarks of Pfizer Inc. Patient Health Questionnaire (PHQ-9) is adapted from PRIME MD TODAY, developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc.



CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL PACIENTE (PHQ-9)

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Ha padecido alguno de los trastornos siguientes en las últimas 2 semanas?
(Responda con una "✓")

	No	Varios días	Más de la mitad de los días	Prácticamente todos los días
1. He tenido poco interés o gusto por hacer las cosas	0	1	2	3
2. Me he sentido triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3. He tenido dificultad para conciliar el sueño o dormir, o duermo demasiado	0	1	2	3
4. Me he sentido cansado o desgastado	0	1	2	3
5. No tengo apetito o como demasiado	0	1	2	3
6. Me he sentido mal, como que soy un fracaso o que he defraudado a mi familia o a mí mismo	0	1	2	3
7. He tenido dificultad para concentrarme en cosas como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Me muevo o hablo con tanta lentitud que otros lo han notado o por el contrario, estoy tan inquieto y agitado que he estado más activo de lo normal	0	1	2	3
9. He pensado que sería mejor morir o en hacerme daño	0	1	2	3

Sume las columnas: + +

(Al personal médico: Para fines de interpretación del total, consulte las instrucciones de la portada de la almohadilla desprendible)

TOTAL:

10. Si padeció alguno de los trastornos, ¿en qué grado le dificultaron su trabajo, la atención del hogar o su convivencia con otros?

Nada _____
Algo _____
Mucho _____
Demasiado _____

Questionario médico para el paciente (PHQ-9) © 1999 Pfizer Inc. Reservados todos los derechos. Los nombres PRIME-MD® y PRIME MD TODAY® son marcas registradas de Pfizer Inc. El Cuestionario médico para el paciente (PHQ-9) ha sido adaptado de PRIME MD TODAY, desarrollado por el Dr. Robert L. Spitzer, la Dra. Janet B.W. Williams, el Dr. Kurt Kroenke y colaboradores con fondos para la educación donados por Pfizer Inc.



NPC03824

© 2010 Pfizer Inc.

Reservados todos los derechos.

Impreso en EE.UU./May 2010

