

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Por favor círculo su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. 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
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Add columns:  +  +

Total Score

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

<b>No ha sido difícil</b>	<b>Un poco difícil</b>	<b>Muy difícil</b>	<b>Extremadamente difícil</b>
<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>



JUEGO DE HERRAMIENTAS DEL NIMH

### Herramienta para la Detección del Riesgo de Suicidio

**Pregúntele al paciente:**

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto? OSÍ      ONo
  
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto? OSÍ      ONo
  
3. En la última semana, ¿ha estado pensando en suicidarse? OSÍ      ONo
  
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? OSÍ      ONo

Si contestó que sí, ¿cómo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si el paciente contesta que Sí a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? OSÍ      ONo