

RAINBOW CHILDREN'S CLINIC

(12 – 18 AÑOS DE EDAD)

PHQ – 9

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha _____

Instrucciones: ¿con qué frecuencia ha sido molestado por cada uno de los siguientes síntomas durante las últimas dos semanas?

Revisa el síntoma específico y pon una "X" en la caja debajo de la respuesta que mejor describa cómo te has estado sintiendo.

	De nada 0	Varios días 1	Casi todos los días 2	Todos los días 3
1 Sensación: <input type="checkbox"/> Abajo <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Irritable <input type="checkbox"/> Sin esperanza				
2) ¿poco interés o placer en hacer las cosas? 3) PROBLEMAS <input type="checkbox"/> Conciliar el sueño <input type="checkbox"/> Quedarse dormido <input type="checkbox"/> Dormir demasiado				
4) <input type="checkbox"/> falta de apetito <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Sobre comer				
5) SENTIMIENTO <input type="checkbox"/> Cansado <input type="checkbox"/> Tener poca energía				
6) SENTIMIENTO <input type="checkbox"/> Malo sobre ti <input type="checkbox"/> Que usted es un fracaso <input type="checkbox"/> Que usted se ha dejado a sí mismo o a su familia				
7) PROBLEMAS <input type="checkbox"/> Concentrarse en cosas como la escuela, el trabajo, leer o ver la televisión				
8) <input type="checkbox"/> moverse o hablar despacio <input type="checkbox"/> Ser inquieto, inquieta, moverse mucho más de lo usual				
9) <input type="checkbox"/> pensamientos que estarían mejor muertos, o de lastimarse de alguna manera?				

10. en el último año te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si te sentiste bien a veces? _____ Sí _____ No

11. Si usted está experimentando alguno de los problemas en este formulario, ¿cuán difícil han hecho estos problemas para que usted haga su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?

_____ No es difícil en absoluto _____ Un poco difícil _____ Muy difícil _____ Extremadamente difícil

12. ¿ha habido un tiempo en el último mes en que usted ha tenido serios pensamientos acerca de poner fin a su vida? _____ Sí _____ No

13. ¿alguna vez has intentado hacerte daño o hacer un intento suicida en toda tu vida? _____ Si _____ No

* * SI USTED HA TENIDO PENSAMIENTOS QUE USTED SERÍA MEJOR APAGADO MUERTO O DE LASTIMARSE DE ALGUNA MANERA, POR FAVOR DISCUTA ESTO CON SU CLINICIAN DEL CUIDADO MÉDICO, VAYA A UNA SALA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL, O LLAME 911 * *

USO CLÍNICO SOLAMENTE

_____ Gravedad Puntuación _____ Sin factores de riesgo _____ Recomendación de asesoramiento _____ Referencia de Psych

Comentado por: _____