PHQ-9 Depression Questionnaire

Name/Nombre: _____

DOB/ Fecha de Nacimiento: _____ **DOS/ Fecha:** _____

Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormida, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio — o que sea un fracaso o que decepcionara a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta — o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerta o de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3

_____ + _____ + _____+ _____

Depression score ranges:
5-9 = mild
10-19 = moderate
≥20 = severe
PHQ-9 Score ≥ 10: likely major depression.

Total: _____

Provider's notes:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

By signing below I acknowledge and confirm that I have read the information contained above in the questionnaire and notes and agree that it accurately reflects the patient's statements regarding his/her symptoms and my impressions regarding the patient.

Provider's Signature: _____ **Date:** _____

Copyright held by Pfizer Inc, but may be photocopied ad libitum