



Patient Health Questionnaire-9 (PHQ9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?

	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3

SCORING FOR USE BY STAFF ONLY

_____ + _____ + _____ + _____ = _____

10 or greater may indicate mild depression
15 or greater may indicate severe depression

Action taken:

- MH Walk In handout give for patient to speak with MH provider
- On-call MH provider contacted (by calling On-Call cell phone)
- Pt not interested in speaking with anyone
- No action needed