

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Questionario Sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?	Para Nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o en 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. Con poco 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 cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo? - o por el contrario – ha estado tan agitado(a) o inquieto(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Puntaje Total: _____

CAGE-AID Questionnaire

1. ¿Alguna vez ha sentido que debería disminuir o reducir su uso de alcohol y/o drogas?	Sí	No
2. ¿Se ha sentido alguna vez molesto(a) por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol y/o drogas?	Sí	No
3. ¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol y/o drogas?	Sí	No
4. ¿Alguna vez ha necesitado alcohol y/o drogas temprano en la mañana para estabilizar sus nervios o ayudarlo(a) con la resaca?	Sí	No

El cribado es: Positivo / Negativa