

Qué cuidador estuvo involucrado? (Seleccione uno)

Fecha de Actividad:

Programa

- Convertirse en Mamá
- Planificación Familiar
- Salud Maternal Infantil (MCH/M&I)
- Iniciativa de Mantenimiento del Embarazo (PMI)
- Embarazo de Adolescentes (TPTCM)
- Kansas Conectando Comunidades

Una Encuesta de Parte de su Proveedor de Cuidados de Salud (PHQ-A)

Instrucciones: ¿Qué tan a menudo ha sentido cada uno de los siguientes síntomas durante las **dos últimas semanas**?
Por cada síntoma escriba una "X" en el cuadro que mejor describe como se siente.

	Ninguno	Varios Días	Mas de la Mitad de los Días	Casi Todos los Días
1. ¿Se siente deprimido, irritado, o sin esperanza?	0	1	2	3
2. ¿Poco interés or placer para hacer cosas?	0	1	2	3
3. ¿Tiene dificultad para dormirse, quedarse dormido, o duerme demasiado?	0	1	2	3
4. ¿Poco apetito, perdida de peso, o come demasiado?	0	1	2	3
5. ¿Se siente cansado o tiene poca energía?	0	1	2	3
6. ¿Se siente mal por usted mismo-o siente que es un fracasado, o que le ha fallado a su familia y a usted mismo?	0	1	2	3
7. ¿Tiene problema para concentrarse en cosas tales como tareas escolares, leer, o ver televisión?	0	1	2	3
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que las otras personas pueden notarlo? ¿O al contrario-esta tan inquieto que se mueve mas de lo usual?	0	1	2	3
9. ¿Pensamientos que estaría mejor muerto o de hacerse daño usted mismo de alguna manera?	0	1	2	3
¿En el año pasado se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando se siente bien algunas veces? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Si usted esta pasando por cualquiera de los problemas mencionados en este formulario, ¿qué tan difícil estos problemas le causan para hacer su trabajo, hacer las cosas de la casa, o relacionarse con las demás personas? <input type="checkbox"/> No difícil <input type="checkbox"/> Un poco difícil <input type="checkbox"/> Muy difícil <input type="checkbox"/> Sumamente difícil				
¿En el mes pasado hubo algún momento donde usted pensó seriamente en terminar con su vida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
¿Alguna vez en su vida, trato de matarse o trato de suicidarse? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

**Si usted piensa que estaría mejor muerto o piensa hacerse daño de alguna manera, por favor hable sobre esto con el Clinico de Atencion de Salud, o vaya a la sala de emergencia de un hospital o llame al 911.

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Score: _____