

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Por favor, complete las siguientes preguntas antes de ver a la enfermera. Sus respuestas ayudaran a que reciba el mejor cuidado posible para su salud.

1. ¿Cómo usted califica su estado de salud en general en el pasado mes?
 Excelente
 Muy bien
 Bien
 Regular
 Mal

2. ¿Cómo le han ido las cosas a usted durante el pasado mes?
 Muy bien, no podrían haber ido mejor
 Muy bien
 Bien y mal, en partes iguales
 Mal
 Muy mal

3. Durante el pasado mes, ¿ha estado usted preocupado por problemas emocionales como ansiedad, depression, irritabilidad, o tristeza?
 Nada
 Ligeramente
 Moderadamente
 Bastante
 Extremadamente

4. Durante el pasado mes, ¿su salud física y emocional ha limitado su actividad social con la familia, amigos,vecinos o otro grupo de personas?
 Nada
 Ligeramente
 Moderadamente
 Bastante
 Extremadamente

5. Durante el pasado mes, ¿ha tenido usted algún dolor?
 Ningun dolor
 Muy poco
 Ligero
 Moderado
 Severo

6. ¿Usted practica ejercicios alrededor de 20 minutos 3 o más veces a la semana?
 Sí, la mayor parte del tiempo
 Algunas veces
 No, no practico mucho ejercicio

7. Durante el pasado mes, ¿estuvo alguien disponible para ayudarlo en caso de que hubiese necesitado ayuda? Por ejemplo si se sintió nervioso, solitario, enfermo o necesitó estar en cama, necesitaba hablar con alguien, o si necesitaba ayuda con sus tareas diarias?

- Si, todo lo que necesité
 Si, bastante
 Si, alguna
 Si, un poco
 Ninguna

Responda a las siguientes preguntas.	Si	No
8. ¿Puede caminar largas distancias sin ayuda? Por ejemplo viajar solo en autobús, taxi o conducir su auto.		
9. ¿Puede ir de compras solo sin necesitar ayuda?		
10. ¿Necesita ayuda con su aseo personal? (lavarse la cara, dientes, peinarse, etc)		
11. ¿Usted puede cocinar, prepararse su comida?		
12. ¿Usted puede realizar las tareas de la casa sin necesitar ayuda?		
13. ¿Necesita ayuda para comer, bañarse, vestirse o caminar en su casa?		

14. ¿Usted utiliza el cinturón de seguridad en su carro?

- Si, regularmente
 Algunas veces
 No

15. Durante el pasado mes, con qué frecuencia tuvo usted algunos de los siguientes problemas.

Preguntas	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
16. Problemas sexuales					
17. Problemas para comer bien					
18. Problemas con sus dientes o dentadura					
19. Problemas para hablar por teléfono					
20. Cansado o fatigado					

21. ¿Usted fuma?

- No
 Si, pero puede que lo deje
 Si, pero no estoy listo para dejarlo

22. ¿Ha tenido problemas usted para tomarse sus medicamentos de la forma que se lo ordenaron?

- No tomo medicamentos
 Siempre me los tomo como me ordenaron
 A veces me los tomo como me ordenaron
 Casi nunca me los tomo como me ordenaron

23. ¿Qué tan seguro está de que pueda manejar sus problemas de salud?

- muy seguro
 algo seguro
 no muy seguro
 No tengo ningún problema de salud

24. ¿Esta teniendo problemas para conducir su auto?

Si, a menudo

A veces

No

No es aplicable, no tengo carro.

25. ¿Se ha caído dos o más veces en el pasado año? Si No

26. ¿Tiene miedo a caerse? Si No

27. A usted le han dado alguna información para ayudarlo con lo siguiente:

Peligros en su casa que puedan hacerle daños

Como mantener control de los medicamentos que esta tomando

28. Durante el pasado mes, la actividad física más fuerte que pudo realizar por al menos 2 minutos fue para usted:

Muy fuerte

Fuerte

Ligera

Muy ligera

29. ¿Qué edad tiene usted?

65-69 70-79 80 o mayor

30. ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino

31. Raza: (Marque una o mas de una)

Blanca

Afro americana

Nativo de Hawaii o de Alaska

Hispano o de origen latino

Otro

32. Estado laboral

Trabajando Retirado Disabilitado Desempleado

33. ¿Tiene algún testamento? Si No

34. ¿Tiene algún sustituto para tomar medidas por usted?

Si No

35. ¿Tiene alguna orden medica procesable?

Si No

36. ¿Tiene alguna directive anticipada? Si No

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 72883				
(US Spanish version of the PHQ)				
Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿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
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. 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
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿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
9. 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 STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> Para nada difícil <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> Un poco difícil <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> Muy difícil <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> </div> </div>				
<small>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P</small>				
Confirмо que la información en este formulario es correcta.		Iniciales del paciente:		Fecha:

_____ MRN _____ PROVEEDOR