

# Annual Behavioral Health Questionnaire – Spanish

## Cuestionario anual sobre salud del comportamiento



Patient Label

Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Una vez al año, les pedimos a todos nuestros pacientes que llenen este formulario sobre los padecimientos que afectan su salud. Ayúdenos a proporcionarle la mejor atención médica al responder las preguntas que aparecen a continuación.

**ENCIERRE EN UN CÍRCULO la MEJOR respuesta a cada pregunta.**

(PHQ-2)

**En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?**

1. Sentir poco interés o placer al hacer cosas	Para nada 0	Algunos días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
2. Sentirse desanimado, deprimido o desesperanzado	Para nada 0	Algunos días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3

(AUDIT-C)

**En el último año...**

3. ¿Con qué frecuencia ha tomado alguna bebida con alcohol en el último año?	Nunca 0	Una vez al mes o menos 1	De 2 a 4 veces al mes 2	De 2 a 3 veces a la semana 3	4 o más veces a la semana 4	
4. Durante el periodo en el que bebió en el último año, ¿cuántas bebidas con alcohol tomaba en un día normal?	Ninguna 0	1 o 2 bebidas 0	3 o 4 bebidas 1	5 o 6 bebidas 2	De 7 a 9 bebidas 3	10 o más bebidas 4
5. En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado <u>6 o más</u> bebidas en una sola ocasión?	Nunca 0	Menos de una vez al mes 1	Una vez al mes 2	Una vez a la semana 3	Diario o casi diario 4	
6. En el último año, ¿con qué frecuencia ha consumido marihuana? (Marijuana)	Nunca 0	Menos de una vez al mes 1	Una vez al mes 2	Una vez a la semana 3	Diario o casi diario 4	
7. En el último año, ¿con qué frecuencia ha consumido drogas ilícitas o medicamentos de venta con receta por razones no médicas? (Drugs)	Nunca 0	Menos de una vez al mes 1	Una vez al mes 2	Una vez a la semana 3	Diario o casi diario 4	

# PHQ-9 for ADULTOS\*

## Cuestionario sobre la salud del paciente

En las <b>últimas 2 semanas</b> , ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas? ( <b>ENCIERRE EN UN CÍRCULO</b> su respuesta)	Para nada	Alguno s días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
3. Problemas para dormir o para quedarse dormido, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer demasiado	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo (o pensar que es un fracaso o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo)	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse en hacer cosas, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan lento que otras personas se pudieron haber dado cuenta. O, por el contrario, estar tan nervioso o inquieto que se ha estado moviendo mucho más de lo	0	1	2	3
9. Pensar que estaría mejor muerto o en lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

\*Este es un cuestionario estandarizado de 9 preguntas que está validado. Se eliminaron las preguntas n.º 1 y n.º 2 porque son las primeras dos preguntas en la evaluación de salud del comportamiento (ver el reverso de la hoja), mismas que ya se respondieron.

**Desarrollado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y sus colaboradores, con una beca educativa de Pfizer Inc.**  
Copyright © 2005 Pfizer, Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con autorización.