

Date:

Nombre:	Doctor o Clinic:
Fecha de nacimiento:	¿Cuántos niños tienen?
WIC ID #:	¿Está embarazada?
Número de teléfono:	Por favor circule su etnia: Americano Hispano Asiático Africana Otro: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE

**Durante las últimas 2 semanas, ¿Con que frecuencia le han molestado los siguientes problemas?
(Use "v" para indicar su respuesta)**

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio—o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta-o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3

Add Columns: _____ + _____ + _____

(Healthcare professional: For interpretation of *TOTAL*, please refer to accompanying scoring card.)

TOTAL: _____

0. Si usted marco afirmativo <u>cuquiera</u> de los problemas en esta cuestionario hasta aquí, ¿cuan <u>dificil</u> se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?	Nada en absoluto _____
	Bastante dificultoso _____
	Muy dificultoso _____
	Extremadamente dificultoso _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Esta información es confidencial y no afectará mi elegibilidad o la participación en el programa de WIC