

Cuestionario de salud del paciente (PHQ-A)

Fecha de hoy: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Actualmente: ☐ ¿Estás tomando medicamentos para la depresión? ☐ ¿No estás tomando medicamento para la depresión? ☐ ¿No estás seguro?
☐ ¿Recibes terapia?

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia has tenido alguno de los siguientes problemas?	Ningún día	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. Sentimientos de tristeza, desesperanza, depresión o irritabilidad	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o quedarte dormido, duermes demasiado	0	1	2	3
4. Sensación de cansancio o tener poca energía	0	1	2	3
5. Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Poca autoestima o sentimientos de fracaso o de haber defraudado a tu familia o a ti mismo	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarte en las cosas, como hacer la tarea, leer o ver la televisión	0	1	2	3
8. Te mueves o hablas con tanta lentitud que otras personas podrían haberlo notado, o por el contrario, te sientes tan inquieto o intranquilo que te mueves mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Piensas que estarías mejor muerto o quieres hacerte daño a ti mismo de alguna manera	0	1	2	3
Total de cada columna				

10. Si tienes alguno de los problemas que se mencionan en este formulario, ¿qué tanto han dificultado tu capacidad para trabajar, encargarte de las labores en casa o relacionarte con los demás?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho

11. En el último año, ¿te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, incluso si te sientes bien algunas veces? ☐ SÍ ☐ NO

12. En el último mes, ¿ha habido algún momento en el que hayas pensado seriamente en quitarte la vida? ☐ SÍ ☐ NO

13. ¿Alguna vez has tratado de quitarte la vida o intentado suicidarte? ☐ SÍ ☐ NO

Pediatric Traumatic Stress Screening Tool — 11 years and older

A veces a las personas les pasan cosas violentas o que les da mucho miedo o que les perturba. Esto podría ser algo que te pasó o algo que viste. Puede incluir estar herido de gravedad, alguien haciendote algo malo o a alguien más, o un accidente o enfermedad grave.

¿Te ha pasado algo así recientemente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es 'sí' ¿qué te pasó? _____

¿Te ha pasado algo así en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es 'sí' ¿qué te pasó? _____

Si la respuesta es 'sí' para cualquiera de las preguntas de arriba, por favor continúa:



Por cuánto tiempo durante el mes pasado...	Nada	Poco	Algo	Mucho	La mayoría
1. Tengo pesadillas sobre lo que sucedió u otros sueños feos.	0	1	2	3	4
2. Tengo problemas para dormir, me despierto a menudo, o tengo problemas para volverme a dormir.	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, imágenes, o sonidos desagradables sobre lo que pasó, vienen a mi mente aún cuando no quiero que lo hagan.	0	1	2	3	4
4. Cuando algo me recuerda a lo que pasó, tengo sentimientos fuertes en mi cuerpo, como latidos rápidos de mi corazón, dolor de cabeza o de estómago.	0	1	2	3	4
5. Cuando algo me recuerda a lo que pasó me molesto mucho, me da miedo, o me pongo triste.	0	1	2	3	4
6. Tengo problemas para concentrarme o poner atención.	0	1	2	3	4
7. Me enoja fácilmente o me meto en discusiones o peleas físicas.	0	1	2	3	4
8. Trato de mantenerme alejado de personas, lugares, o cosas que me recuerdan a lo que pasó.	0	1	2	3	4
9. Tengo problemas para sentir felicidad o amor.	0	1	2	3	4
10. Trato de no pensar o de no tener sentimientos acerca de lo que pasó.	0	1	2	3	4
11. Tengo pensamientos como "Nunca podré confiar en otras personas".	0	1	2	3	4
12. Me siento solo aún cuando estoy rodeado de otras personas.	0	1	2	3	4

Pediatric Traumatic Stress Screening Tool — 11 years and older

Clinicians, please indicate actions taken:

☐ **No Action Taken**

Referrals: (check all that apply)

- ☐ Child Protection (DCFS / CPS)
- ☐ Crisis Evaluation / Emergency Department
- ☐ Trauma Evidence-Based Treatment
- ☐ Mental Health Integration (MHI)

In-office Interventions: (check all that apply)

- ☐ Sleep Education
- ☐ Belly Breathing
- ☐ Guided Imagery
- ☐ Progressive Muscle Relaxation

Patient Health Questionnaire (PHQ-A)

For Office Use Only:

Symptom score (total # of answers in shaded areas): _____

Severity score (total all points from all questions): _____