

Premier Community HealthCare Group, Inc.
PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – PHQ-9

Patient Name: _____	DOB: _____	Today's Date: _____	
	Account: _____		

Over the last two weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

- | | |
|--|---|
| <p>1. Little Interest or pleasure in doing things
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> <p>2. Feeling down, depressed or hopeless
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> <p>3. Trouble falling/staying asleep; sleeping too much
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> <p>4. Feeling tired or having little energy
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> <p>5. Poor appetite or overeating
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> | <p>6. Feeling bad about yourself (or that you are a failure or have let yourself or your family down)
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> <p>7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> <p>8. Moving/speaking so slowly that other people could have noticed – OR – being so fidgety or restless that you've been moving around a lot more than usual.
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> <p>9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way.
 <input type="checkbox"/>0 Not at all
 <input type="checkbox"/>1 Several Days
 <input type="checkbox"/>2 More than half the days
 <input type="checkbox"/>3 Nearly every day</p> |
|--|---|

<p>If you checked off <u>any</u> problem on this questionnaire, how <u>difficult</u> have these problems made it for you to do your work, take care of things at home or get along with others?</p>	<input type="checkbox"/> Not Difficult At All <input type="checkbox"/> Somewhat Difficult	<input type="checkbox"/> Very Difficult <input type="checkbox"/> Extremely Difficult

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Total # Symptoms _____	Total Score _____	Item #9 inquiry _____
------------------------	-------------------	-----------------------

Patient Accepted BH Referral? (<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO)	_____
if no, why?	

Provider Signature: _____ **Date:** _____

Premier Community HealthCare Group, Inc.

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – PHQ-9

Nombre del Paciente:	_____	Fecha de Nacimiento:	_____	Fecha:	_____
	_____	Numero de Cuenta:	_____		

Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

- | | |
|--|---|
| <p>1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>4. Sentirse cansado/a o tener poca energía</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>5. Tener poco apetito o comer en exceso</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> | <p>6. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> <p>9. Se le han ocurrido pensamientos de que seria mejor estar muerto/a o de que se haría daño de alguna manera</p> <p><input type="checkbox"/>0 Nunca</p> <p><input type="checkbox"/>1 Varios días</p> <p><input type="checkbox"/>2 Más de la mitad de los días</p> <p><input type="checkbox"/>3 Casi todos los días</p> |
|--|---|

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿que difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto Muy difícil

Algo difícil Extremadamente difícil

No escribe debajo de esta línea.

Total # Symptoms _____ Total Score _____ Item #9 inquiry _____

Patient Accepted BH Referral? (YES NO) if no, why? _____

Provider Signature: _____ Date: _____