

# Cuestionario De Salud PHQ

Form PHQ-202

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## 1. Describa sus síntomas

---

---

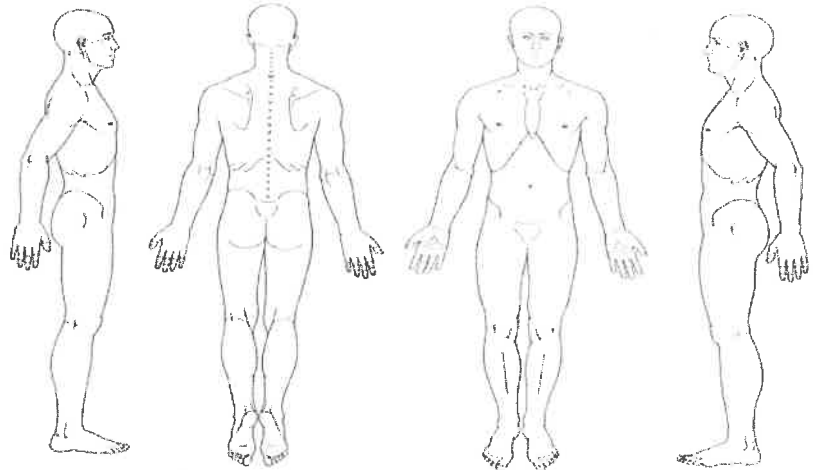
a. Cuando empezaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

b. Como empezaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

## 2. Que tan seguido sufre sus síntomas?

- ① Constantemente (76-100% del día)
- ② Frecuentemente (51-75% del día)
- ③ Ocasionalmente (26-50% del día)
- ④ Raramente (0-25% del día)

Indique donde siente el dolor o tiene otros síntomas.



## 3. Que describe la naturaleza de sus síntomas?

- ① Punzante                      ④ Agudo
- ② Opaco                         ⑤ Ardor
- ③ Adormecido                ⑥ Hormigueo

## 4. Como estan cambiando sus síntomas?

- ① Mejorando
- ② Igual
- ③ Empeorando

## 5. Durante las 4 semanas pasadas:

A. Indique la intensidad de sus síntomas

Ninguno                      Intolerable  
①                      ②                      ③                      ④                      ⑤                      ⑥                      ⑦                      ⑧                      ⑨                      ⑩

B. Cuanto interfiere su dolor con su trabajo normal (incluyendo trabajos fuera del hogar y domesticos)

- ① Nada                      ② Un poco                      ③ Moderadamente                      ④ Bastante                      ⑤ Extremadamente

## 6. En las ultimas 4 semanas que tanto tiempo ha interferido su condition con sus actividades sociales?

(Por ejemplo, visitando con amigos o familiares)

- ① Todo el tiempo    ② Mayor parte del tiempo    ③ Parte del tiempo    ④ Poco parte del tiempo    ⑤ Ningun parte del tiempo

## 7. En general diria usted que su salud ahorita es..

- ① Excelente                      ② Muy Bien                      ③ Buena                      ④ Mas O Menos                      ⑤ Mal

## 8. A quien ha visto para sus síntomas?

- ① Nadie                      ③ Medico                      ⑤ Otro
- ② Quiropractico                      ④ Terapista Fisico

A. Que tratamiento recibio usted y cuando? \_\_\_\_\_

B. Que exámenes ha tenido usted para sus síntomas y cuando fueron realizados?

- ① Rayos X                      Fecha: \_\_\_\_\_                      ③ CT Scan                      Fecha: \_\_\_\_\_
- ② MRI                      Fecha: \_\_\_\_\_                      ④ Otros                      Fecha: \_\_\_\_\_

## 9. Ha tenido usted estos mismos síntomas en el pasado? ① Si

② No

A. Si ha recibido usted tratamiento en el pasado para los mismos o semejantes quien vio usted?

- ① Esta Oficina                      ③ Medico                      ⑤ Otro
- ② Otro Quiropractico                      ④ Terapista Fisico

## 10. Cual es su oficio?

- ① Profesional/Ejecutivo                      ④ Obrero                      ⑦ Jubilado
- ② De oficina                      ⑤ Ama de Casa                      ⑧ Otro
- ③ Comerciante                      ⑥ Estudiante

A. Si no es jubilado, ama de casa o estudiante cual es su posición actual de trabajo?

- ① Tiempo Completo                      ④ Desempleado                      ⑥ Otro
- ② Medio Tiempo                      ⑤ Fuera de trabajo
- ③ Dueno de su propio negocio

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_