The Psychiatry Group PLLC

5904 N Division St, Spokane, WA 99208 - (844) 495-4357

Evaluación de salud conductual

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

N.º de reclamo: _____

PHQ-9 - Depresión

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó:

Clave de respuesta: 0 = Ningún día 1 = Varios días 2 = Más de la mitad de los días 3 = Casi todos los días

1. Poco interés o placer en hacer las cosas

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5. Sin apetito o ha comido en exceso

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) - o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario - tan inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

GAD-7 - Ansiedad

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le molestó:

Clave de respuesta: 0 = Ningún día 1 = Varios días 2 = Más de la mitad de los días 3 = Casi todos los días

1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. No ha podido dejar de preocuparse o controlar la preocupación

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Se ha preocupado demasiado por diferentes cosas

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

4. Ha tenido dificultad para relajarse

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

5. Se ha sentido tan inquieto(a) que le ha sido difícil quedarse quieto(a)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

6. Se ha molestado o irritado fácilmente

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

7. Ha sentido miedo como si algo terrible fuera a pasar

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

WHODAS 2.0 - Funcionamiento (últimos 30 días)

¿Cuánta dificultad tuvo para:

Clave de respuesta: 0 = Ninguna 1 = Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Extrema / no puede hacerlo

Comprensión y comunicación

1. ¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. ¿Recordar hacer las cosas importantes?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. ¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4. ¿Aprender una tarea nueva, por ejemplo, aprender a llegar a un lugar nuevo?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

5. ¿Comprender en general lo que dice la gente?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

6. ¿Iniciar y mantener una conversación?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Capacidad para moverse

7. ¿Estar de pie durante períodos largos, por ejemplo 30 minutos?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

8. ¿Ponerse de pie cuando estaba sentado(a)?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

9. ¿Moverse dentro de su casa?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

10. ¿Salir de su casa?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

11. ¿Caminar una distancia larga, por ejemplo un kilómetro?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Cuidado personal

12. ¿Lavarse todo el cuerpo?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

13. ¿Vestirse?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

14. ¿Comer?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

15. ¿Quedarse solo(a) durante unos días?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Relacionarse con otras personas

16. ¿Tratar con personas que no conoce?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

17. ¿Mantener una amistad?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

18. ¿Llevarse bien con las personas cercanas a usted?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

19. ¿Hacer nuevos amigos?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

20. ¿Las actividades sexuales?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Actividades cotidianas - labores domésticas

21. ¿Cumplir con sus responsabilidades domésticas?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

22. ¿Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

23. ¿Hacer todas las tareas domésticas que necesitaba hacer?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

24. ¿Hacer sus tareas domésticas tan rápido como era necesario?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Actividades cotidianas - trabajo / escuela

25. ¿Su trabajo o actividades escolares cotidianas?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

26. ¿Realizar bien sus tareas más importantes del trabajo o la escuela?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

27. ¿Hacer todo el trabajo que necesitaba hacer?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

28. ¿Hacer su trabajo tan rápido como era necesario?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Participación en la sociedad

29. ¿Participar en actividades de la comunidad (fiestas, actividades religiosas u otras) al igual que cualquier otra persona?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

30. ¿Las barreras u obstáculos en el mundo que le rodea?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

31. ¿Vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de los demás?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

32. ¿El tiempo que dedicó a su estado de salud o a sus consecuencias?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

33. ¿Verse afectado(a) emocionalmente por su estado de salud?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

34. ¿El impacto de su estado de salud sobre los recursos económicos suyos o de su familia?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

35. ¿Los problemas de su familia debido a su estado de salud?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

36. ¿Realizar por sí mismo(a) actividades para relajarse o por placer?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4