|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?** | Ningún día | Varios días | Más de la Mitad de los días | Casi todos los días |
| *(Marque con un* "D *" para indicar su respuesta)* |
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiad
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Sin apetito o ha comido en exceso
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se ha sentido mal con usted mismo(a) –o que es un fracas o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario - muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera
 | 0 | 1 | 2 | 3 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | + |  | + |  | + |  |

|  |  |
| --- | --- |
| =Total Puntuaje : |  |

**Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No ha sido difícil** | **Un poco difícil** | **Muy difícil** | **Extremadamente difícil** |
| **🗆** | **🗆** | **🗆** | **🗆** |

Nurture 2 Nurture ~ Teléfono: 559-691-0472 \* 559-675-4004 ~ Fax: 559-244-4589