

Adolescent Medicine & Student Health Services Cuestionario para el paciente

Complete ambos lados del formulario.

Marque a continuación.

Consumo de tabaco

¿Fuma el paciente cigarrillos? ☐ Nunca ☐ Sí ☐ A veces Si la respuesta es Sí, ¿cuánto? _____

¿Está expuesto el paciente al humo del cigarrillo? ☐ Sí ☐ No

¿Consume el paciente otros productos de tabaco? ☐ JUUL ☐ Cigarros ☐ Cigarros electrónicos
☐ Tabaco de mascar ☐ Vapeador

¿Le interesa dejar de consumir tabaco? ☐ Sí ☐ No

Consumo de alcohol

¿Consume alcohol el paciente? ☐ Nunca ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí,
¿cuántos tragos por semana? _____

Consumo de drogas

¿Consume el paciente drogas recreativas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿cuáles? _____

Dieta

¿Bebe el paciente bebidas cafeinadas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿cuánto al día? _____

¿Cuánta agua bebe el paciente por día? _____

¿Se salta el paciente alguna comida? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿cuáles y con cuánta frecuencia?

Sueño

¿Cuántas horas duerme el paciente? _____

¿Tiene el paciente problemas para dormir? ☐ Sí ☐ No

Historia sexual

¿Es el paciente activo sexualmente? ☐ Sí ☐ No ☐ No en el momento

¿Parejas sexuales? ☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Ambos

¿Qué métodos anticonceptivos utiliza? ☐ Condones ☐ Píldora anticonceptiva, Parches anticonceptivos, Anillo vaginal
☐ Inyección ☐ Implante ☐ DIU ☐ Ninguno

Otros: _____

Otros

¿Existen otros problemas o preocupaciones que quiera mencionar? _____



Adolescent Medicine & Student Health Services Cuestionario para el paciente

NOMBRE: _____ FECHA: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

En las últimas *dos semanas*, ¿cuántos días se sintió molesto por alguno de los siguientes problemas?

(utilice el "✓" para indicar la respuesta)

	En ningún momento	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. Se siente triste, deprimido o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o permanecer dormido, o por dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal consigo mismo, o sentir que es un fracaso o se ha decepcionado a usted o a su familia	0	1	2	3
7. Problemas para concentrarse, tal como al leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio y que otras personas lo hayan notado. O lo contrario, estar tan nervioso o inquieto que ha estado moviéndose mucho más de lo usual	0	1	2	3
9. Pensar que sería mejor morir o lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Agregar columnas

++

(Proveedor de atención médica: Para interpretar el TOTAL, consulte al tabla de puntuación adjunta).

TOTAL:

10. Si marcó alguno de los problemas, ¿qué tanto le dificultó ese problema hacer su trabajo, hacerse cargo de los asuntos de la casa y llevarse bien con otras personas?	No ha sido difícil para nada	_____
	Algo difícil	_____
	Muy difícil	_____
	Extremadamente difícil	_____

Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc.
A2663B 10-04-2005

CAR-PEDS-ALL-PHQ9



Adolescent Medicine & Student Health Services
Patient Questionnaire

CHART-5032



CHART-5032 Orig 10/21 Page 2 of 2

PATIENT IDENTIFICATION