Cuestionario De Salud PHQ

ACN Group, Inc. - Form PHQ-202

ACN Group Use Only rev 4/10/03

Nombre del Paciente _____ ***Fecha*** _____

1. **Describa sus sintomas** _____

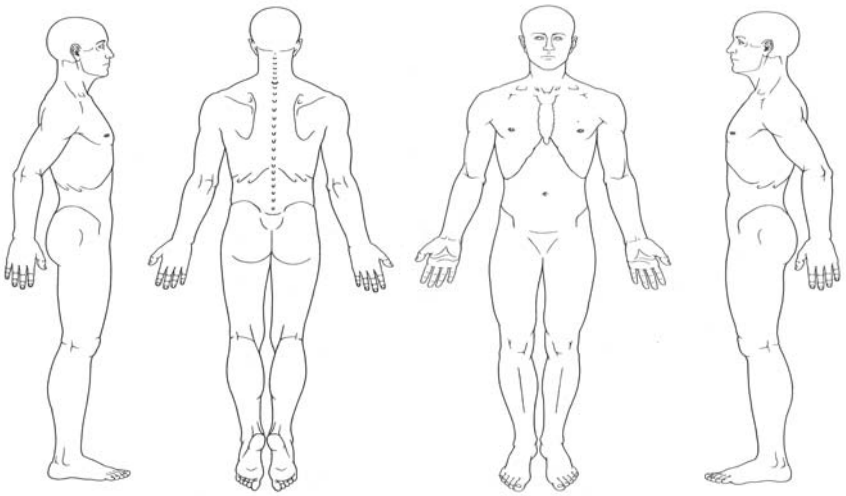
a. Cuando empezaron sus sintomas? _____

b. Como empezaron sus sintomas? _____

2. Que tan seguido sufre sus sintomas?

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

Indique donde siente el dolor o tiene otros sintomas.



3. Que describe la naturalesa de sus sintomas?

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

4. Como estan cambiando sus sintomas?

① Mejorando
② Igual
③ Empeorando

5. Durante las <u>4 semanas pasadas:</u>

A. Indique la intensidad de sus sintomas

Ninguno ⓪ ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ Intolerable

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 sintomas?

① Nadie
② Quiropractico
③ Medico
④ Terapista Fisico
⑤ Otro

A. Que tratamiento recibio usted y cuando*?* _____

B. Que examenes ha tenido usted para sus sintomas y cuando fueron realisados*?*

① Rayos X *Fecha:* _____ ③ CT Scan *Fecha:* _____
② MRI *Fecha:* _____ ④ Otros *Fecha:* _____

9. Ha tenido usted estos mismos sintomas 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
② Otro Quiropractico
③ Medico
④ Terapista Fisico
⑤ Otro

***10. Cual es su oficio*?**

_____

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

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

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

Firma Del Paciente _____ **Fecha** _____