

# 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 síntomas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

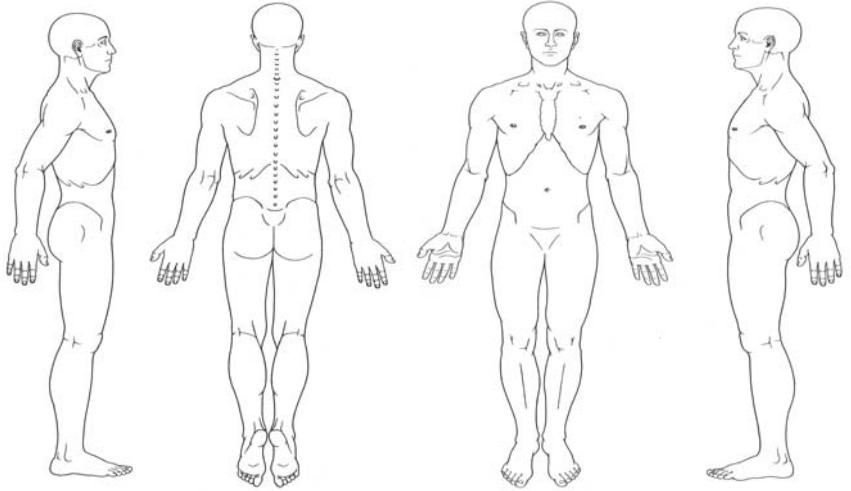
a. Cuando empezaron sus síntomas? \_\_\_\_\_

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
- ② Opaco
- ③ Adormecido
- ④ Agudo
- ⑤ Ardor
- 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 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ Intolerable 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
- ② Quiropractico
- ③ Medico
- ④ Terapista Fisico
- ⑤ Otro

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
- 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 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 \_\_\_\_\_