Southern Nevada Community Health Center
Mental Health PHQ-9 Questionnaire

MENTAL HEALTH – PHQ-9				
Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems? Circle the number that best describes.	**Not at all**	**Several days**	**More than ½ the days**	**Nearly every day**
1. Little interest or pleasure in doing things	**0**	**1**	**2**	**3**
2. Feeling down, depressed, or hopeless	**0**	**1**	**2**	**3**
3. Trouble falling asleep or staying asleep, or sleeping too much	**0**	**1**	**2**	**3**
4. Feeling tired or having little energy	**0**	**1**	**2**	**3**
5. Poor appetite or overeating	**0**	**1**	**2**	**3**
6. Feeling bad about yourself-or that you are a failure or have let yourself or your family down	**0**	**1**	**2**	**3**
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper, or watching television	**0**	**1**	**2**	**3**
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the, opposite-being so fidgety or restless that you have been moving around more than usual	**0**	**1**	**2**	**3**
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	**0**	**1**	**2**	**3**
If you checked off **any** of these problems, how **difficult** have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people? ☐ Not difficult at all ☐ Somewhat difficult ☐ Very difficult ☐ Extremely difficult	**Scoring for use by clinic personnel** **0** +_____+_____+ _____ **= Total Score**			

Information disclosed above allows the SNHD/SNCHC to determine needs/resources for you and the health needs of our community. All information is confidential.

I confirm that this information is accurate

_____ _____

Patient's signature **Today's date**

Revised 11/19/2021

PATIENT LABEL

Centro de Salud Comunitario del Sur de Nevada
Cuestionario PHQ-9 de Salud Mental

MENTAL HEALTH – PHQ-9				
Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? Encierre en un círculo el número que mejor describa.	**Nunca**	**Varios dias**	**Más de la mitad de los días**	**Casi todos los dias**
1. Tener poco interés o placer en hacer cosas.	**0**	**1**	**2**	**3**
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanza.	**0**	**1**	**2**	**3**
3. Dificultad para dormirse o permanecer dormido, o dormir demasiado.	**0**	**1**	**2**	**3**
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía.	**0**	**1**	**2**	**3**
5. Falta de apetito o comer en exceso.	**0**	**1**	**2**	**3**
6. Sentirse falta de amor propio o queseas un fracaso o que decepcionara\a sí mismo/a su familia.	**0**	**1**	**2**	**3**
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión.	**0**	**1**	**2**	**3**
8. ¿Se mueve o habla tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O de lo contrario, esta tan inquieto/a o agitado/a o que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	**0**	**1**	**2**	**3**
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto o lastimarse de alguna manera	**0**	**1**	**2**	**3**
Si marcó **alguno** de estos problemas, ¿qué tan **difícil** le han dificultado hacer su trabajo, ocuparse de las cosas en casa o llevarse bien con otras personas? ☐ Nada difícil ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil	**Scoring for use by clinic personnel** **0 +_____+_____+ _____** **= Total Score**			

La información divulgada anteriormente le permite al SNHD / SNCHC determinar sus necesidades / recursos para usted y las necesidades de salud de nuestra comunidad. Toda la información es confidencial.

Confirmo que esta información es correcta.

_____ _____

Firma del paciente **Fecha de la firma**

PATIENT LABEL

Revised 11/19/2021