

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 _____

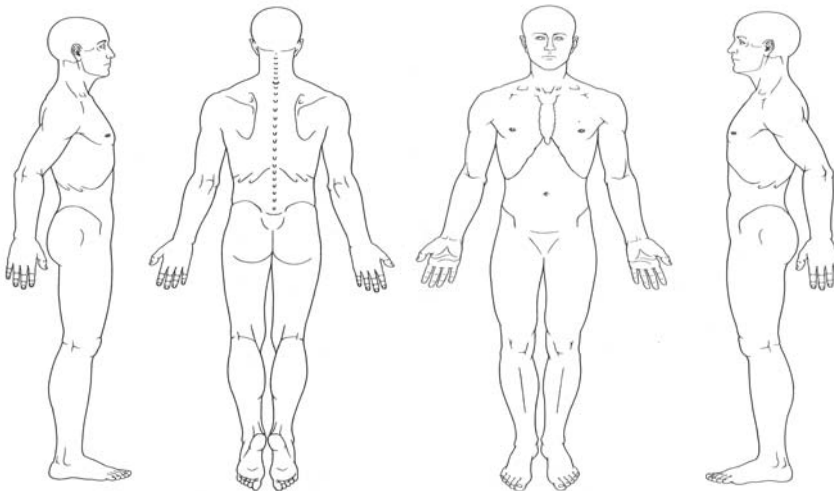
a. Cuando empezaron sus síntomas? _____

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

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 ④ Obrero ⑦ Jubilado
- ② De oficina ⑤ Ama de Casa ⑧ Otro
- ③ Comerciante ⑥ Estudiante

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 _____