

**Joseph E. Pierson MD**

6333 Wilshire Blvd #411

4249 Crenshaw Blvd

Los Angeles, CA 90048

Los Angeles, CA 90008

323-944-0949 Fax:323-782-0388

323-451-3909 Fax:323-451-3135

**DISABILITY EVALUATION QUESTIONNAIRE**

**TODAY'S DATE:** \_\_\_\_\_

**DATE OF DISABILITY:** \_\_\_\_\_

**PLEASE DESCRIBE THE DISABILITY:**

**PLEASE GIVE JOB DESCRIPTION:**

**PLEASE EXPLAIN WHY YOU ARE UNABLE TO WORK:**

**YOUR SIGNATURE:** \_\_\_\_\_

**PRINT NAME:** \_\_\_\_\_

# PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9)

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?  
(Use "✓" to indicate your answer)

Not at all  
Several days  
More than half 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 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 a lot 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

FOR OFFICE CODING 0 + + + + + = Total Score: \_\_\_\_\_

If you checked off any 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

# GAD-7

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?

(Use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious or on edge	0	1	2	3
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3
4. Trouble relaxing	0	1	2	3
5. Being so restless that it is hard to sit still	0	1	2	3
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T \_\_\_ = \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_)

## GAD-7

**Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?**

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
--	------------	-------------	-----------------------------	---------------------

*(Marque con un " " para indicar su respuesta)*

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Ha tenido dificultad para relajarse                               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Se ha molestado o irritado fácilmente                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar                | 0 | 1 | 2 | 3 |

**(For office coding: Total Score T \_\_\_ = \_\_\_ + \_\_\_ + \_\_\_)**

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

72883

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9**  
(US Spanish version of the PHQ)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Sintiendo decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sintiendo cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sintiendo mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY				
0 + _____ + _____ + _____ = Total Score: _____				

Si usted marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tan **difícil** han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

- Para nada difícil                       Un poco difícil                       Muy difícil                       Extremadamente difícil

Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EP0905-PHQ9P

Confirme que la información en este formulario es correcta.                      Iniciales del paciente:                      Fecha: