



DT1846

Atlantic
Health System**EDINBURGH DEPRESSION
SCREEN**PATIENT ID
HERE

Phone Number: _____

Today's Date: _____

Due Date/Date of Delivery: _____

Location: Inpatient Outpatient

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Cuando termine de llenar este formulario, por favor devuelvalo a su enfermea.

Gracias.

- | | |
|--|--|
| <p>1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas.</p> <p>0 – Tanto como siempre <input type="checkbox"/></p> <p>1 – No tanto ahora <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Mucho menos <input type="checkbox"/></p> <p>3 – No, no he podido <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>2. He mirado el futuro con placer.</p> <p>0 – Tanto como siempre <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Algo menos de lo que solía hacer <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Definitivamente menos <input type="checkbox"/></p> <p>3 – No, nada <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>3. *Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien.</p> <p>3 – Sí, la mayoría de las veces <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sí, algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>1 – No muy a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>0 – No, nunca <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo.</p> <p>0 – No, para nada <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Casi nada <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sí, a veces <input type="checkbox"/></p> <p>3 – Sí, a menudo <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>5. *He sentido miedo y pánico sin motivo alguno.</p> <p>3 – Sí, bastante <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sí, a veces <input type="checkbox"/></p> <p>1 – No, no mucho <input type="checkbox"/></p> <p>0 – No, nada <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>6. *Las cosas me superaban, me sobrepasaban.</p> <p>3 – Sí, la mayor parte de las veces <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sí, a veces <input type="checkbox"/></p> <p>1 – No, casi nunca <input type="checkbox"/></p> <p>0 – No, nada <input type="checkbox"/> Score _____</p> | <p>7. *Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir.</p> <p>3 – Sí, la mayoría de las veces <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sí, a veces <input type="checkbox"/></p> <p>1 – No muy a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>0 – No, nada <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>8. *Me he sentido triste y desgraciada.</p> <p>3 – Sí, casi siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sí, bastante a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>1 – No muy a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>0 – No, nada <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>9. *He sido tan infeliz que he estado llorando.</p> <p>3 – Sí, casi siempre <input type="checkbox"/></p> <p>2 – Sí, bastante a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Sólo en ocasiones <input type="checkbox"/></p> <p>0 – No, nunca <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p>10. *He pensado en hacerme daño a mí misma.</p> <p>3 – Sí, bastante a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>2 – A veces <input type="checkbox"/></p> <p>1 – Casi nunca <input type="checkbox"/></p> <p>0 – No, nunca <input type="checkbox"/> Score _____</p> <p style="text-align: right;">TOTAL Score _____</p> <p>Administrado / revisado por:
_____</p> <p style="text-align: right;"><i>(Cox, Trotter & Sagovsky, 1984)</i></p> |
|--|--|