

Date/Fecha: _____

Diabetes Assessment Tool Cuestionario de Evaluación de la Diabetes

*These questions will help your health care provider serve you better. Please answer them truthfully.
Por favor conteste las siguientes preguntas con toda la verdad, sus respuestas ayudarán a servirle mejor.*

1. Are you currently receiving treatment for depression?
¿Esta usted recibiendo algún tratamiento para la depresión?

No Yes/Si

_____ Medication only (medicamento solamente)
What medication? ¿Que medicamento? _____
How long have you taken it? ¿Cuánto tiempo? _____

_____ Medication and counseling (medicamento y consejería)
Counseling at CHC? ¿Consejería en CHC? Yes/Si ___ No ___
What medication? ¿Que medicamento? _____
How long have you taken it? ¿Cuánto tiempo? _____

_____ Counseling only (¿consejería solamente?)
Counseling at CHC? ¿Consejería en CHC? Yes/Si ___ No ___

If no, proceed to questions below. If yes, proceed directly to PHQ 9

2. During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed or hopeless?
En el mes pasado, se ha sentido Ud. frecuentemente decaído, deprimido o que no tiene salida?

Yes/Si No

3. During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?
En el mes pasado, se ha sentido Ud. frecuentemente sin ánimo, con poco interés o como que no le da felicidad hacer algo?

Yes/Si No

Patients answering yes to either question are given PHQ 9

For CHC Staff: Patient's Name _____ Chart # _____
Patient declined 2 question survey: Y / N Patient declined PHQ 9: Y / N
PHQ 9 Score _____ Referred to _____ Appt: made kept dclnd

Attach to enrollment form and send to RWJ coordinator/research assistant

09/21/04