

Fecha: _____

Propósito: Una depresión puede ocurrir varias veces durante la vida de una persona. El propósito de un plan de prevención de recaídas es mejorar su capacidad de reconocer sus propias señales de advertencia personal. Estas señales son específicas para cada persona y pueden ayudar a identificar cuando su depresión este regresando, lo cual le permitirá recibir ayuda más pronto, antes de que empeore sus síntomas. El otro propósito de un plan de prevención de recaídas es ayudar a la persona a recordar que cosas le ayudan a sentir mejor. ¡En ambos casos USTED está a cargo!

Instrucciones: 1. Completar la forma con su "Proveedor." 2. Ponga su plan donde pueda verlo regularmente. 3. Utilice el PHQ-9 en el parte posterior de la forma para evaluarse. 4. Si hay signos que su depresión está regresando, utilice su plan de prevención.

Medicamentos de Mantenimiento

1. _____; _____pastilla(s) de _____mg _____ Toma por lo menos hasta: _____
2. _____; _____pastilla(s) de _____mg _____ Toma por lo menos hasta: _____
3. _____; _____pastilla(s) de _____mg _____ Toma por lo menos hasta: _____
4. _____; _____pastilla(s) de _____mg _____ Toma por lo menos hasta: _____

Llama su doctor/a primaria o CARE MANAGER con preguntas (ver información de contacto abajo).

Otros tratamientos

1. _____
2. _____
3. _____

Señales de advertencia personal

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Acciones saludables para mantenerme bien:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Si síntomas regresen, contactar: _____

Doctor/a Primaria: _____ Teléfono: _____ Email: _____

Care Manager: _____ Teléfono: _____ Email: _____



CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil