**PREGUNTAS DE WHOOLEY**

|  |
| --- |
| **Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Número de expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**  **Unidad Médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Procedencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contacto Familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: Cédula Profesional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Paterno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| ¿Se ha sentido triste o deprimido/a en el último mes? |  |  |
| Durante el último mes ¿Ha perdido interés o placer en hacer cosas que normalmente disfruta? |  |  |

Si la respuesta es SI en una o ambas preguntas se considera POSITIVO y requiere tamizaje complementario (escala de Edinburgh)

REFERENCIAS: *Whooley Questions for Depression Screening* (https://whooleyquestions.ucsf.edu)