



FAMILY NAME

MRN

GIVEN NAME

 MALE FEMALE

Facility:

D.O.B. ____/____/____

M.O.

ADDRESS

THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE

LOCATION

COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE

Como recientemente ha tenido un bebé, nos gustaría saber cómo se siente ahora. Marque con tilde la respuesta que considere más adecuada con respecto a cómo se ha sentido no solo hoy, sino DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS. A continuación encontrará un ejemplo ya completado.

Me he sentido bien

- Sí, todo el tiempo
 Sí, la mayor parte del tiempo
 No, no muy bien
 No, no me he sentido bien en absoluto

Esto significaría: "Me he sentido bien en algunos momentos durante la semana pasada". Complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He seguido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- Igual que siempre
 Ahora, no tanto como siempre
 Ahora, mucho menos
 No, en absoluto

6. Las cosas me han agobiado:

- Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
 Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
 No, la mayoría de las veces las he afrontado bastante bien
 No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

2. He mirado las cosas con ilusión:

- Igual que siempre
 Algo menos de lo que es habitual en mí
 Bastante menos de lo que es habitual en mí
 Mucho menos que antes

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir:

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No, no muy a menudo
 No, en ningún momento

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal:

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, a veces
 No muy a menudo
 No, en ningún momento

8. Me he sentido triste o desgraciada:

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, bastante a menudo
 No muy a menudo
 No, en ningún momento

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo:

- No, en ningún momento
 Casi nunca
 Sí, algunas veces
 Sí, con mucha frecuencia

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:

- Sí, la mayor parte del tiempo
 Sí, bastante a menudo
 Sólo de vez en cuando
 No, en ningún momento

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo:

- Sí, bastante
 Sí, a veces
 No, no mucho
 No, en absoluto

10. He pensado en hacerme daño:

- Sí, bastante a menudo
 A veces
 Casi nunca
 En ningún momento

Completed by _____ Date _____ Total Score: ____ / 30 Total Score for Question 10: ____ / 3
 (initials)



SMR060461

Holes Punched as per AS2828.1: 2019

BINDING MARGIN - NO WRITING

NH700841A 220223