

ESCALA DE EDINBURGO

(Spanish Version)

NOMBRE DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE EL BEBE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO DE CASA: _____ CELULAR #: _____

GINECOLOGO: _____ PODEMOS CONTACTAR SU GINECOLOGO?: SI _____ NO _____

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo.
Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:
0 Tanto como siempre
1 No tanto ahora
2 Mucho menos
3 No, no he podido
2. He mirado al futuro con placer:
0 Tanto como siempre
1 Algo menos de lo que solía hacer
2 Definitivamente menos
3 No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, algunas veces
2 No muy a menudo
3 No, nunca
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:
0 No, nada
1 Casi nada
2 Sí, a veces
3 Sí, a menudo
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:
0 Sí, bastante
1 Sí, a veces
2 No, no mucho
3 No, nada

En los últimos 7 días:

6. Las cosas me oprimen o agobian:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, a veces
2 No, casi nunca
3 No, nada
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, a menudo
2 No muy a menudo
3 No, nada
8. Me he sentido triste y desgraciada:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, bastante a menudo
2 No muy a menudo
3 No, nada
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
0 Sí, casi siempre
1 Sí, bastante a menudo
2 Sólo ocasionalmente
3 No, nunca
10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
0 Sí, bastante a menudo
1 Sí, a menudo
2 Casi nunca
3 No, nunca

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

²Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Dante P. Gabriel M.D., S.C., F.A.A.P.
Faye PB Samonte M.D.
Alma E. Guzman M.D.
Marson Tenoso M.D.
15 Tower Court Suite 150
Gurnee, IL 60031
847-623-4464
Pediatrics

Liberación de información médica confidencial

Favor de completar forma entera!

Yo, _____, autorizo a Oficina de Dr. Dante P. Gabriel's para liberar a:
(Nombre)

(Nombre del centro de atención de salud, médico, Agencia, etc.).

(Dirección, ciudad, estado y código postal)

La siguiente información contenida en el registro del paciente de _____
(Nombre de madre)
_____, domicilio _____
(Fecha de nacimiento) *(Dirección, ciudad, estado y código postal)*

___ Escala de depresión postparto

La información anterior, se eximirá de: _____ a _____
(Fecha) *(Fecha)*

Notificación por escrito es necesario revocar la autorización antes de la fecha de caducidad

El propósito de la autorización es reenviar resultados de detección de Depresión Postnatal para madres
OB/GYN

Firma: _____ Fecha: _____