

Evaluación del consumo de sustancias

Instrucciones: Llene la sección correspondiente a cada una de las drogas que haya utilizado, aunque esa sustancia nunca haya sido un problema para usted. En caso de que no recuerde los detalles, indique su mejor estimación.

	Edad de primer uso (p .ej. "16")	¿Cuándo fue la última vez que lo utilizó? (p. ej., "hace 1 mes")	Frecuencia de uso más reciente (p. ej., "3 veces por semana")	¿Esta sustancia fue alguna vez un problema? (sí / no)
Alcohol				
Benzodiazepinas (Xanax, Valium, etc.)				
Cocaína				
Crack				
Alucinógenos (LSD, mezcalina, etc.)				
Heroína				
Inhalantes ("Huffing")				
Marihuana				
Metanfetaminas				
Metadona				
MDMA ("Ecstasy")				
PCP ("polvo de ángel")				
Medicamentos con receta				
Otros (indique)				

Evaluación del consumo de sustancias

Instrucciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas marcando con un círculo el **SI** o el **NO**. Trate de no pensar demasiado sus respuestas (si no está seguro de una pregunta, responda con su primera idea).

- SI NO ¿Se han visto afectadas o dañadas sus relaciones con los amigos, la familia o alguna persona importante por su consumo de drogas/alcohol?
- SI NO ¿Ha tenido alguna vez dificultades para reducir o dejar de consumir drogas/alcohol?
- SI NO ¿Ha faltado alguna vez al trabajo o se ha reducido su productividad o su buen juicio en el trabajo debido al consumo de drogas o alcohol?
- SI NO ¿Ha consumido alguna vez drogas/alcohol para automedicar la ira, la depresión, la ansiedad u otras emociones negativas?
- SI NO ¿Alguna vez ha pasado mucho tiempo pensando en consumir o en cómo conseguir drogas/alcohol?
- SI NO ¿Alguna vez ha experimentado fuertes deseos de consumir drogas o alcohol?
- SI NO ¿Ha desarrollado alguna vez una tolerancia a una droga o al alcohol que le haya obligado a consumir una mayor cantidad de la sustancia para alcanzar un nivel de intoxicación deseable?
- SI NO ¿Ha conducido alguna vez un vehículo o participado en una actividad peligrosa bajo la influencia de las drogas o el alcohol?
- SI NO ¿Alguna vez ha dejado otras actividades agradables o saludables, como los pasatiempos, la socialización o el ejercicio físico, debido al consumo de drogas/alcohol?
- SI NO ¿Ha tenido alguna vez comportamientos sexuales de riesgo (por ejemplo, sexo sin protección o infidelidad) mientras estaba bajo los efectos de las drogas o el alcohol?
- SI NO ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia, como resaca (cruda), malestar físico o irritabilidad debido a la abstinencia de una droga?