



HERRAMIENTA DE EVALUACION MÉDICA - ADULTOS

Fecha de Hoy: _____

Nombre y Apellido:	Fecha de Nacimiento: mm / dd / yyyy	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Estado Civil: Casado Separado Divorciado (N°. de veces) ____ Viudo Cohabitando Soltero

Número total de personas que viven en su casa

Edades de los niños:

Educación más alta terminada: Primaria Secundaria/GED Alguna Universidad Bachillerato JD MA/PhD

Empleo: tiempo completo tiempo parcial Desempleado Ama de Casa Estudiante

Cargo

Origen Étnico:

Religión:

Practicante/Activo? Si No

¿Necesita usted alguna asistencia cultural o de lenguaje? Si No Por favor especificar:

¿Por qué ha venido usted aquí a verme?

¿Qué síntomas ha notado?

¿Cuándo empezó el problema por primera vez?

Haga una lista de los médicos que usted ha visto para esta afección. Por favor ingrese su número de teléfono.
(Nadie se contactará con usted, sin su permiso.)

Medicamentos Actuales	Dosis	Frecuencia	Por cuánto tiempo?	Dr. Que Prescribió el Medicamento

Liste algunas alergias / Todas

Ninguna

HISTORIAL FAMILIAR: Lista de todas las enfermedades importantes, incluyendo psiquiátricas, neurológicas, alcoholismo, drogadicción, suicidio, intentos de suicidio, divorcios, violencia doméstica, problemas/cuestiones de pareja

Nombre	Edad (o edad al morir)	Ocupación (o causa de muerte)	Enfermedades Principales
Madre:			
Padre:			
Hermano/s:			
Esposo:			
Hijos:			

Comentarios:

Indique alguna de las condiciones que lo describen cuando era niño:

- | | | | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Egoísta | <input type="checkbox"/> Ladrón | <input type="checkbox"/> Desatento | <input type="checkbox"/> Discutidor | <input type="checkbox"/> Distruido | <input type="checkbox"/> Triste |
| <input type="checkbox"/> Desafiante | <input type="checkbox"/> Lastima Anim | <input type="checkbox"/> Inquieto | <input type="checkbox"/> Intencional | <input type="checkbox"/> Impaciente | <input type="checkbox"/> Enfermizo |
| <input type="checkbox"/> Provoca fuegos | <input type="checkbox"/> Destructivo | <input type="checkbox"/> Anti-autoridad | <input type="checkbox"/> Grita en clase | <input type="checkbox"/> Abusivo | <input type="checkbox"/> Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Inconsciente | <input type="checkbox"/> Mentiroso | <input type="checkbox"/> Peleador | <input type="checkbox"/> Acosador | <input type="checkbox"/> Tramposo | <input type="checkbox"/> Perdedor |
| <input type="checkbox"/> Corta atención | <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Comportamientos Riesgosos | <input type="checkbox"/> No puede esperar turno | <input type="checkbox"/> Odioso | <input type="checkbox"/> Acosador |
| <input type="checkbox"/> Quejoso | <input type="checkbox"/> Demandante | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Irrespetuoso | <input type="checkbox"/> Indiferente | <input type="checkbox"/> Poco atractivo |

PROBLEMAS MÉDICOS - Liste todos los problemas médicos pasados y presentes, incluyendo cirugías o accidentes.

Ninguno

Edad de inicio del Problema	Describe la Enfermedad

HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA - Liste las hospitalizaciones que haya tenido por problemas psiquiátricos (ya sea para el problema actual u otras razones). Utilice el otro lado de esta página si necesita más espacio.

 Ninguno

Cuándo	Dónde	Razón del la Hospitalización

CONSULTA EXTERNA - Liste algún tratamiento externo que haya tenido para lo siguiente:

 Ninguno

Problema	Cuándo	Dónde	Especifique la Razón
Salud Mental			
Abuso de Sustancias			
Juegos de Apuesta			

ESTRESORES RECIENTES - Marque cualquiera de los siguientes eventos que han ocurrido en los últimos 2 años. (Marque todos los que se apliquen)

 Ninguno

- Comprometido Casado Separación Divorciado Muerte de esposo u otra relación
 Embarazo Jubilado Niño fuera del hogar Familia política Ruptura de relaciones importantes
 Mudanza/casanueva Ejecución hipotecaria Enfermedad grave Lesión Personal Mala Salud/comportamiento de un miembro de la familia
 Desempleo Debe dinero Bancarota Problemas legales Cuidado de padres ancianos/enfermos en el hogar
 Otro (por favor especifique)

Suicidio	¿Alguna vez ha pensado en suicidarse?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si fuera así, ¿cuándo fue la última vez?
	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si fuera así, ¿cuándo y cómo?
Violencia	¿Alguna vez ha pensado en lastimar a alguien?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si fuera así, ¿cuándo fue la última vez?
	¿Alguna vez ha lastimado a alguien?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si fuera así, ¿cuándo y cómo?
	¿Está usted pensando en lastimar a alguien ahora?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si fuera así, ¿a quién? :
Asuntos Legales	¿Algun vez ha sido arrestado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si fuera así, ¿cuándo/Cuál fue la razón?
	¿Alguna vez ha sido convicto de una felonía?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si fuera así, ¿cuándo/Cuál fue la razón?
	¿Tiene usted un juicio pendiente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especifique:
Tabaco	¿Usted fuma/mastica tabaco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos atados/día? ¿Cuánto tiempo?
Bebidas con cafeína	¿Cuántas tazas de café toma por día?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> No diariamente	
	¿Cuántas tazas de té toma por día?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> No diariamente	
	¿Cuántas tazas de tamaño regular de soda toma?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Más <input type="checkbox"/> No diariamente	
Cambios de peso	Peso actual _ lbs. Altura actual: p. pulg.		
	¿Ha perdido / aumentado peso más de 10 libras. en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Asuntos Femeninos	¿Tiene menstruaciones irregulares?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	¿Cuánto tiempo dura su menstruación?		Días: _____
	¿Tiene dolor o molestias durante la menstruación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

	¿Sus estados de ánimo, irritabilidad, depresión, irracionalidad cambian durante la menstruación?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Si está usted tomando algún anticonceptivo oral, ¿Cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Si usted está tomando anticonceptivos orales, ¿afecta su estado de ánimo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuántas veces ha estado embarazada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuántos abortos involuntarios / abortos ha tenido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuántos hijos vivos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Está usted actualmente en la menopausia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha usted pasado la menopausia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Historial Sexual	Actitud de los padres:	<input type="checkbox"/> Abierta	<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Conservadora	<input type="checkbox"/> Perversa	<input type="checkbox"/> Nunca se discutió
	Su preferencia sexual:	<input type="checkbox"/> Sexo Opuesto	<input type="checkbox"/> Mismo Sexo	<input type="checkbox"/> Ambos		
	Dificultades Masculinas:	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Erectil	<input type="checkbox"/> Eyaculación	<input type="checkbox"/> Eyaculación precoz	
	Dificultades Femeninas:	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> No hay orgasmo	<input type="checkbox"/> Se siente usado	<input type="checkbox"/> Orgasmo doloroso	
		<input type="checkbox"/> Masturbación	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Falta de interés		
		<input type="checkbox"/> Masturbation	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Falta de interés		

Muchas de las siguientes preguntas no se aplican a usted. Algunas pueden parecer extrañas o difíciles, incluso para responder. Conteste lo mejor que pueda.

Tristeza y Depresión	¿Atravieza períodos de tristeza o depresión?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene período de baja energía?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Pierde el interés en todo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene períodos de actividades o inquietudes más lento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Durante estos estados de ánimo, ¿tiene usted un cambio en el apetito o de ganar / perder peso?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dificultad para dormir o dormir demasiado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene pensamientos recurrentes de muerte, suicidio o intentos de suicidio?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Su estado de ánimo va y viene?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Estos sentimientos vienen de la nada?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Ocurre en reacción a cosas malas que pasan?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿El estado de ánimo dura y dura?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Estos estados de ánimo han empeorado en las últimas 2 semanas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Ha tenido estos estados de ánimo constantemente por lo menos un año?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Sueño	¿Se queda dormido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Se queda dormido ante un problema?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Se despierta en medio de la noche o muy temprano en la mañana?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene pesadillas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Necesita siestas regulares?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Se despierta usted con falta el aire o en estado de pánico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Se despierta con dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Ansiedad o Temor	¿Se siente al borde, temor o ansiedad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Se cansa con facilidad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dificultad para concentrarse o su mente queda en blanco?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Se siente irritable?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tensión muscular?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Problemas de sueño (quedarse o permanecer dormido o inquietud)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Preocupaciones excesivas que le resultan difíciles de controlar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Este sentimiento afecta a muchas partes de su vida?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuando se siente nervioso su corazón se acelere o pierde latidos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuándo se siente nervioso usted se siente tembloroso, sudoroso o exaltado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuando está nervioso ¿Tiene problemas para respirar o tragar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cuando está nervioso se tiene dolor de pecho o malestar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Responder a estas preguntas ya que se aplican a sus sentimientos o síntomas casi todos los días durante los últimos 6 meses.

	¿Cuando está nervioso siente náuseas o molestias abdominales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuando está nervioso se mareo o se siente mareado?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez siente que las cosas no son reales?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuando se siente nervioso, siente que va a volverse loco o perder el control?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Cuando está nervioso tiene usted miedo de morir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez siente que está adormecido o fuera de su cuerpo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene escalofríos o sofocos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Continúa por unos días o siempre está ahí?	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Siempre
	¿El nerviosismo sucede en ataques y con la misma rapidez desaparecen?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene temores infundados de personas, lugares, cosas o situaciones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez tiene problemas para salir de su casa, a estar en multitudes o hablar en público?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez tiene recuerdos que son tan reales que el evento se siente como que está sucediendo realmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Acostumbra a recordar acontecimientos terribles que le han pasado o testigo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Salud Emocional	¿Alguna vez tiene movimientos anormales del cuerpo o la cara?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Es lo que sucede en la garganta o la boca, como por ejemplo limpiar su garganta o mocos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Sus manos tiemblan la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Otras partes de su cuerpo se sacuden o contraen en forma incontrolada??	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Estás cosas suceden solo durante sentimientos de nerviosismo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Estas cosas suceden en la noche cuando usted está tratando de dormir?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Acostumbra a comer más de una cantidad normal de alimentos a la vez?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez toma laxantes, se induce el vómito o hace ejercicio en exceso para evitar subir de peso?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Su deseo o comportamiento sexual nunca ha sido una preocupación en algún modo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Le preocupa algún hábito sexual que considera inaceptable?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene pérdidas del conocimiento, ataques o convulsiones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez se desmayó y luego mojado o ensuciado su ropa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez huele cosas que nadie más las huele, tales como goma quemada, orina, heces o calcetines viejos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez oye o ve cosas que otros no ven ni escuchan?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene a menudo dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Con frecuencia pierde o tiene problemas con su memoria?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez ha sentido que las paredes respiran o cambia el tamaño de los objetos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Tiene pensamientos que simplemente no van a desaparecer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Hace las cosas una y otra vez casi sin parar?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Si usted trata de controlar estos comportamientos, ¿se siente incómodo o ansioso?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Alguna vez tuvo impulsos tales como controlar su cuerpo, cerrar la puerta una y otra vez, lavar, contar o querer tener todo impecable?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Usted o los demás lo describirían como rígido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Es usted de tomar las cosas muy en serio hasta el punto que tiene rituales o rutinas o hábitos que no parecen tener ningún sentido?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Es usted de tratar a los demás muy mal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Actúa usted inusualmente de manera grosera, hostil o pendenciaro?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	¿Siente vergüenza o arrepentimiento después?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Ha pasado varias noches sin dormir	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Gastó mucho dinero	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Consume cantidades excesivas de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	Regala cosas que usted atesora	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Siente mucha energía o poder, excepcional o superior?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Nombre del Paciente: _____

➤Página 6 of 6

¿Actúa o se siente increíblemente fuerte o inteligente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se siente usted muy celoso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha dejado de cuidarse, tal como bañarse, afeitarse o vestirse?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Hace cosas extrañas nunca le sucedió, tales como escuchar voces, insultar o hablar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez la radio o la televisión le hablaron a usted o ha pensado alguna vez que alguna parte del programa estaba destinado especialmente para usted?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido pensamientos o creencias que otros encontraron irracional o difícil de creer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Le parece que tiene más de un número normal de enfermedades o afecciones médicas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cuando era niño, ¿fue testigo o experimentó abuso físico de los cuidadores?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sido abusada sexualmente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Juegos de Apuesta	¿Cuándo fue la última vez que usted jugó?	
	¿Cuán a menudo juega? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4-5 veces por semana <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	
	¿Cuánto dinero suele gastar cada vez que juega?	
	¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha ganado?	
	¿Necesita jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir la excitación deseada.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Miente a los demás para ocultar el grado de implicación en el juego.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	¿Está usted preocupado por revivir experiencias pasadas de juego, en la planificación de la próxima aventura, o pensando formas de conseguir dinero para jugar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Esfuerzos infructuosos para controlar, interrumpir o detener el juego.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Inquieto o irritable cuando intenta interrumpir o detener el juego.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Jugó como una forma de escapar de problemas o para aliviar el estado de ánimo disfórico.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Después de perder dinero en el juego, vuelve otro día para intentar recuperarlo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Firmo actos ilegales, ej, cheques malos o tomé dinero que no le pertenece, etc, con el fin de pagar por los juegos de azar.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Arriesgo o perdió una relación importante, trabajo u oportunidad de educación por el juego..	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Depende de los demás para proporcionarle dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego..	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cuánto tiempo el juego ha sido un problema?		

Consumo de Alcohol y Drogas	¿Cuántos años ha estado bebiendo? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-5 veces por semana
	¿Con qué frecuencia bebe alcohol? <input type="checkbox"/> Fines de Semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
	¿Cuántos tragos consume usted en un día promedio?
	¿Qué es lo que más bebió en un período de 24-horas durante el último año?
	¿Cuándo fue la última vez que tomó un trago?
	Marque si ha tomado alguna vez cualquiera de las siguientes drogas:
	<input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Cocaína/crack <input type="checkbox"/> Loritabs, Oxycontin, Vicodin, etc
	<input type="checkbox"/> Heroína/Opiáceo <input type="checkbox"/> LSD/alucinógenos/PCP <input type="checkbox"/> Inhalantes, goma, pintura, gasolina, aerosoles
	<input type="checkbox"/> Anfetamina/Anfet. <input type="checkbox"/> Xanax, Valium, Ativan, etc. <input type="checkbox"/> Ninguno
	¿Con cuánta frecuencia usted consume drogas? <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> 3-5 veces por semana <input type="checkbox"/> Fines de semana <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
	¿Cuántos años ha estado consumiendo drogas?
¿Cuándo fue la última vez que consumió?	
¿Alguna vez le dijeron ha sentido que debía reducir el consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se sintió molesto por las personas que critican acerca de su consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Se ha sentido mal o culpable alguna vez por su consumo de alcohol / drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez bebe o consume drogas a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o para librarse de la resaca?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Informaciones adicional:

Firma del paciente:	Revisado por: (Nombre y firma del medico)	Fecha:
---------------------	----------------------------------------------	--------