

Nombre: _____

Fecha: _____

Para cada una de las siguientes preguntas, indique "sí" o "no"

		Sí	No
1	¿Sientes que eres un bebedor normal ("normal"-beber tanto o menos que la mayoría de la gente)		
2	¿Alguna vez se despertó por la mañana después de beber la noche anterior y no podía recordar una parte de la noche?		
3	¿Algún familiar cercano o amigo cercano se han quejado por que tome bebidas alcohólicas?		
4	¿Puede dejar de beber sin dificultad después de una o dos bebidas?		
5	¿Alguna vez te sientes culpable por tomar bebidas alcohólicas?		
6	¿Ha asistido alguna vez a alguna reunión de Alcohólicos Anónimos (AA)?		
7	¿Alguna vez has tenido peleas físicas cuando bebes?		
8	¿Ha tenido problemas con su familia o amigos cercanos por el alcohol?		
9	¿Algún familiar o amigo cercano ha pedido ayuda para que usted deje de tomar?		
10	¿Alguna vez has perdido amigos por tomar demasiado?		
11	¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a tomar demasiado?		
12	¿Ha perdido un trabajo por tomar demasiado?		
13	¿Ha descuidado alguna vez sus obligaciones, su familia, o su trabajo por dos o más días consecutivos porque estaba bebiendo?		
14	¿Toma antes del mediodía con bastante frecuencia?		
15	¿Alguna vez te han dicho que tienes problemas hepáticos como la cirrosis?		
16	Después de beber fuerte ¿alguna vez ha tenido delirium tremens (DTS), temblores severos, alucinaciones visuales o auditivas?		
17	¿Alguna vez solicitado ayuda para dejar de tomar?		
18	¿Ha sido hospitalizado alguna vez por beber?		
19	¿Alguna vez ha sido hospitalizado en un pabellón psiquiátrico por beber demasiado?		
20	¿Alguna vez ha ido a algún médico, trabajador social, sacerdote, o clínica de salud mental para ayudar con cualquier problema emocional en el que tomar demasiado ha sido parte del problema?		
21	¿Alguna vez ha sido arrestado más de una vez por beber bajo la influencia del alcohol?		
22	¿Alguna vez ha sido arrestado, incluso por pocas horas, debido a otro comportamiento mientras bebía?		



Nombre: _____

Fecha: _____

¿a qué edad bebiste tu primer trago? _____ ¿A qué edad Probaste tu primera droga? _____

Por favor, complete lo siguiente para cada medicamento que haya utilizado: Si no es aplicable, por favor omita esta página.

Drogas	Edad del primer uso	¿Cuándo fue su último uso	Tipo de uso (e.g. pesado, recreacional)
Alcohol			
Cocaína			
Metanfetamina			
Otras anfetaminas (por ejemplo, Ritalin)			
Sales de baño			
Alucinógenos (p.ej. LSD, hongos, PCP, salvia, ketamina)			
Heroína			
Píldoras de dolor con receta			
Benzodiazepinas (Xanax, Valium, Klonopin, etc.)			
Otros medicamentos recetados			
Inhalantes			
Medicinas para el resfriado			
Marihuana			
K2/Spice ("marihuana sintética")			
MDMA (éxtasis/Molly)			
Otras drogas del Club			
Esteroides (anabólicos)			
Otros:			