



**ENTRADA: Valoración Personal del Alcohol/Drogas**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Por favor responda todas las siguientes preguntas. Toda la información se mantiene en estricta confidencialidad y no puede divulgarse sin su permiso. Cuando se haya completado, envíe un correo electrónico a [info@jacksonbibby.com](mailto:info@jacksonbibby.com) O imprima y traiga una copia a la cita de inscripción.

1. Cuantos años tenía cuando probó por primera vez una bebida alcohólica o alguna droga? \_\_\_\_\_
2. Qué edad tenía cuando se emborracho o se intoxicó la primera vez? \_\_\_\_\_
3. Cuantos años lleva bebiendo alcohol o usando drogas? \_\_\_\_\_
4. Con que frecuencia bebe alcohol o usa drogas? \_\_\_ Diario \_\_\_ Cada Semana \_\_\_ Mensualmente \_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_
- 5.Cuál es el deseo que provocan el alcohol o el uso de drogas en usted? \_\_\_\_\_
6. Cuando fue la última vez que ingirió bebida alcohólica o el uso de drogas? \_\_\_\_\_ y Cuánto? \_\_\_\_\_
- 7.Cuál es la situación o motive que hacen que busque el alcohol o las drogas? \_\_\_\_\_
8. Ha tenido momentos en los que no recuerda eventos, durante y después de haber estado bebiendo? (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_
9. Ha tenido algún problema directamente relacionado con su forma de beber o usar drogas? \_\_\_\_\_
- 10.Cuál es su salud en general? \_\_\_\_\_
11. Cree que tiene problemas con su forma de beber o usar drogas que impactan su vida? \_\_\_\_\_
12. De qué manera el beber o usar drogas le han causado problemas? \_\_\_\_\_
13. Piensa usted que el ingerir bebidas alcohólicas o tomar drogas son adictivas? \_\_\_\_\_
- 14.Cuál fue su Nivel de Alcohol en la Sangre en el momento en que fue arrestado? \_\_\_\_\_ Piensa usted que se encontraba control en el momento de su arresto? \_\_\_\_\_
15. En este momento está bajo la prescripción de algún medicamento? \_\_\_ Qué tipo de medicina? \_\_\_\_\_
16. Ha comprado drogas en la calle? (cocaína, metanfetaminas, marihuana) \_\_\_ Cuá? \_\_\_\_\_
17. En este momento está consumiendo drogas? \_\_\_ Cuales? \_\_\_\_\_
18. Ha consultado con un consejero (matrimonial o individual para el consume de alcoholismo o uso de drogas)? \_\_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_
19. Ha considerado o le han sugerido atender a AA/NA? \_\_\_ Está asistiendo ahora?? \_\_\_\_\_
20. Hay en su familia algún adicto al alcohol o al uso de drogas? \_\_\_ Quien? \_\_\_\_\_
21. Historia legal? (actual) \_\_\_\_\_ (Pasado) \_\_\_\_\_
22. Su edad?? \_\_\_\_\_
23. En este momento se encuentra trabajando?? \_\_\_\_\_

**AOD RESULTADOS A DISCUTIR CON EL PARTICIPANTE**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Consejero: \_\_\_\_\_

# EVALUACIÓN ELEMENTAL PARA EL USO/ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Las siguientes preguntas pertenecen a su uso de alcohol y otras drogas. Sus respuestas serán confidenciales. Marque la respuesta que conforma lo mejor. Responda a la pregunta en términos de su experiencias **en los últimos seis meses.**

*Durante los seis meses pasados...*

1. Ha usado alcohol u otras drogas, como vino, cerveza, licor/aguardiente; marihuana; cocaína; heroína, u otras drogas de opio; los estimulantes; los sedantes; los alucinógenos; ¿o los inhalantes en los últimos seis meses?

Sí       No

2. Ha sentido que usa alcohol y/u otras drogas con exceso **en los últimos seis meses?**

Sí       No

3. Ha tratado de dejar o limitar el uso de alcohol y otras drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

4. Ha buscado ayuda de cualquier persona u organización por su manera de beber alcohol o usar drogas, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, consejeros o programa de tratamiento en los últimos seis meses?

Sí       No

5. Ha tenido algunos problemas de salud **en los últimos seis meses?**

- No recuerda lo que se dijo o hizo mientras estaba bajo la influencia?
- Se ha lastimado la cabeza después de beber alcohol o usar drogas?
- Ha tenido convulsiones, temblores y/o alucinación causadas por querer dejar el alcohol ("DT's")?
- Ha tenido algún tipo de hepatitis o otra enfermedad del hígado?
- Te sentiste enfermo, tembloroso o deprimido cuando te detuviste?
- Ha tenido sensaciones como gatear (o gatear) debajo de su piel después de dejar de usar drogas?
- Se ha lastimado después de usar alcohol o drogas?
- Ha usado inyecciones o agujas para drogas?
- Alucinaciones experimentadas?

Si es así, antes de usar drogas  ?      Después del uso de drogas  ?

6. Ha tenido problemas con su familia o amistades por causa de usar drogas o su manera de beber alcohol **en los últimos seis meses?**

Sí       No

7. Ha tenido problemas en el trabajo o escuela por causa del alcohol o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

## SIMPLE ASSESSMENT TOOL FOR AOD ABUSE, PAGE 2

8. Además de este DUI presente, ¿ha sido arrestado o tuvo otros problemas legales, como botar cheques sin fondos, conducir en estado de ebriedad, robo o posesión de drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

9. Ha perdido su temperamento y/o se ha metido en pleitos cuando está usando alcohol o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

10. Necesita usted beber más y más alcohol o usar más y más drogas para conseguir el mismo efecto que usted quiera **en los últimos seis meses?**

Sí       No

11. Esta usted preocupado o pensando mucho de usar alcohol y/o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí       No

12. Cuando usando alcohol y/o drogas, es más probable que usted haga más cosas que no hace normalmente? Como quebrar las reglas, cometer un desafuero o crimen, ¿vender objetos que son importantes para usted, o tener sexo sin protección con alguien **en los últimos seis meses?**

Sí       No

13. Se siente mal o culpable a veces por usar drogas y/o el modo en que consume alcohol **en los últimos seis meses?**

Sí       No

### Las preguntas siguientes pertenecen a sus experiencias total (epoca de su vida).

14. Ha tenido alguna vez un problema con alcohol y/o otras drogas??

Sí       No

15. Algún miembro de su familia ha tendido problemas con alcohol y/o otras drogas??

Sí       No

16. Piensa que tiene un problema con alcohol y/o drogas ahora??

Sí       No

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Discusión: \_\_\_\_\_