



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 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: _____