

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

AUDIT

El consumo de alcohol puede afectar su salud y a algunos medicamentos que podría estar consumiendo. Ayúdenos a darle la mejor atención médica contestando a las siguientes preguntas. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta. Un trago equivale a 12 oz de cerveza, 5 oz de vino, 1.5 oz de licor (una copita)

QUESTIONS	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia bebe un trago con contenido de alcohol?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 - 4 veces al mes	2 - 3 veces por semana	4 o más veces por semana
2. ¿Cuántos tragos que contengan alcohol consume en un día típico cuando está bebiendo?	0 - 2	3 o 4	5 o 6	7 - 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia bebe seis o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se dio cuenta de que no pudo dejar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha dejado de hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana para ponerse en acción después de una sesión de beber abundantemente?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido una sensación de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior debido a su forma de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	Diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguien más han resultado heridos debido a su forma de beber?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año
10. ¿Ha estado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que beba menos algún pariente, amigo, médico u otro trabajador de la atención a la salud?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, en el último año

DAST -10

El uso de drogas puede afectar su salud y a algunos medicamentos que podría estar consumiendo. Ayúdenos a darle la mejor atención médica contestando a las siguientes preguntas.

Las siguientes drogas incluyen: metanfetaminas (speed, cristal), cannabis (mariguana, maría) inhalantes (tiner o adelgazante de pintura, aerosol, pegamento), tranquilizantes (valium), cocaína, narcóticos (heroína, oxicodona, metadona, etc.), alucinógenos (LSD, hongos)

These questions refer to the past 12 months only:	Circle Response	
1. ¿Ha utilizado medicamentos distintos de los necesarios por motivos médicos?	No	Sí
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	No	Sí
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	No	Sí
4. ¿Ha experimentado pérdida temporal de la memoria o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	No	Sí
5. ¿En ocasiones se siente mal o culpable por su uso de drogas?	No	Sí
6. ¿Se quejan alguna vez su cónyuge (o padres) por su implicación con las drogas?	No	Sí
7. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas?	No	Sí
8. ¿Ha participado en actividades ilegales a fin de obtener drogas?	No	Sí
9. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando ha dejado de consumir drogas?	No	Sí
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)?	No	Sí

Enviar a submitdocs@Lifestance.com