

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

Fecha: ____/____/____

Cuestionario de Salud de los Adolescentes (CRAFFT 2.1+N)

Pedimos a todos nuestros pacientes adolescentes completar este formulario, al menos, una vez al año, ya que el uso de sustancias y el estado de ánimo pueden afectar su salud. Por favor, pregunte a su médico si tiene alguna pregunta.

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES , ¿cuántos días usted:	N° de días
1. Bebió más de unos sorbos de cerveza, vino u otra bebida que contenía alcohol ? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	
2. Usó marihuana (por ejemplo, hierba, aceite o hachís para fumar, vaporizar o en los alimentos) o "marihuana sintética" (por ejemplo "K2" o "Spice")? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	
3. Usó algo más para drogarte (por ejemplo, otras drogas ilegales, medicamentos de venta libre y cosas que puedes inhalar, esnifar o vaporizar)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	
4. Usó productos de tabaco o nicotina (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, narguiles o tabaco o tabaco sin humo)? Escriba "0" si la respuesta es ninguno.	

Si usted escribió "0" en TODOS los casilleros de arriba, RESPONDA LA PREGUNTA 5, LUEGO DETÉNGASE.
Si usted escribió "1" o números más altos en CUALQUIERA de los casilleros anteriores,
RESPONDA LAS PREGUNTAS 5 a 10.

	No	Sí
1. ¿Ha viajado alguna vez en un CARRO o vehículo conducido por una persona (o usted mismo/a) que estaba "drogada" o había consumido alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas para RELAJARSE , sentirse mejor consigo mismo/a o integrarse en un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Consume alguna vez alcohol o drogas mientras está SOLO/A , o sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez se le OLVIDAN cosas que hizo mientras consumía alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han sugerido alguna vez sus FAMILIARES o AMIGOS que disminuya el consumo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se ha metido alguna vez en LÍOS o problemas al tomar alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enviar a submitdocs@westernpsychservices.com