

Qué Cuidador/Adulto estuvo involucrado? (Nombre del cliente) _____

Fecha de Actividad: ____ / ____ / ____

Programa

- Convertirse en Mamá
- Planificación Familiar
- Salud Maternal Infantil (MCH/M&I)
- Mantenimiento de Embarazo (PMI)
- Embarazo de Adolescentes (TPTCM)
- Kansas Conectando Comunidades

En su vida, cuál de las siguientes sustancias ha usado alguna vez? (solo para uso no médico)

- Productos de tabaco
- Bebidas alcohólicas
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamínico
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir.
- Alucinógenos
- Opioides
- Otro
- No he usado ninguna sustancia no prescrita

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado productos de tabaco?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de usar productos de tabaco?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de productos de tabaco ha generado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia no ha podido hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de productos de tabaco?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente o alguien más ha expresado preocupación por su uso de productos de tabaco??

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar productos de tabaco?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de tabaco: _____

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha usado bebidas alcohólicas?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o necesidad de consumir bebidas alcohólicas?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de bebidas alcohólicas ha generado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia have you failed to do what was normally expected of you because of your use of alcoholic beverages?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de bebidas alcohólicas?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de consumir bebidas alcohólicas?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de Alcohol: _____

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado cannabis?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de consumir cannabis?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su consumo de cannabis ha provocado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha fracasado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a tu consumo de cannabis?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de cannabis?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de consumir cannabis?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de Cannabis: _____

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado cocaína??

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)

- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de consumir cocaína?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su consumo de cocaína ha provocado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de cocaína?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de cocaína?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de consumir cocaína?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de Cocaína: _____

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado estimulantes de tipo anfetamínico?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de usar estimulantes de tipo anfetamínico?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de estimulantes de tipo anfetamínico ha generado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia no ha podido hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de estimulantes de tipo anfetamínico?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de Estimulantes de tipo anfetamínico?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar estimulantes de tipo anfetamínico?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de Anfetamina: _____

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado inhalantes?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de usar inhalantes?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de inhalantes ha generado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de inhalantes?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de inhalantes?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez haintentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar inhalantes?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de Inhalantes: _____

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado sedantes o pastillas para dormir?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de usar sedantes o pastillas para dormir?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de sedantes o pastillas para dormir ha provocado problemas de salud, sociales, legales o financieros??

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de sedantes o pastillas para dormir?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de sedantes o pastillas para dormir?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no pudo controlar, reducir o dejar de usar sedantes o pastillas para dormir?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de sedantes o pastillas para dormir: _____

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado alucinógenos??

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de usar alucinógenos?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de alucinógenos ha provocado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de alucinógenos?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de alucinógenos?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no ha podido controlar, reducir o dejar de usar alucinógenos?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo alucinógenos: _____

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado opioides?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o ganas de usar opioides?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de opioides ha generado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de opioides?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de opioides?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no pudo controlar, reducir o dejar de usar opioides?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de Opioides: _____

Indique la otra sustancia utilizada.

En los últimos tres meses, con qué frecuencia ha usado esta otra sustancia?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (2)
- Mensual (3)
- Semanal (4)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha tenido un fuerte deseo o necesidad de usar esta otra sustancia?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (3)
- Mensual (4)
- Semanal (5)
- Diariamente o casi diariamente (6)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia su uso de esta otra sustancia ha generado problemas de salud, sociales, legales o financieros?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (4)
- Mensual (5)
- Semanal (6)
- Diariamente o casi diariamente (7)

Durante los últimos tres meses, con qué frecuencia ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido al uso de esta otra sustancia?

- Nunca (0)
- Una o dos veces (5)
- Mensual (6)
- Semanal (7)
- Diariamente o casi diariamente (8)

Alguna vez un amigo o pariente u otra persona ha expresado preocupación por su uso de esta otra sustancia?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Alguna vez ha intentado y no pudo controlar, reducir o dejar de usar esta otra sustancia?

- No, nunca (0)
- Si, en los últimos tres meses (6)
- Si, pero no en los últimos tres meses (3)

Puntuación de consumo de esta otra sustancia:

Alguna vez ha usado alguna droga inyectable?

- No, nunca
- Si, en los últimos tres meses
- Si, pero no en los últimos tres meses

En los últimos tres meses, con qué frecuencia se inyectó?

- Una vez por semana o menos O menos de 3 días seguidos
- Más de una vez por semana O 3 o más días seguidos

Se proporcionó una breve intervención?

- Si
- No

Qué intervención breve se proporcionó?

Por qué no se proporcionó una intervención breve?

¿Se proporcionó una referencia?

- Si
- No

A qué tipo de proveedor se le refirió al cliente?

- Opciones de Salud Beacon
- Proveedor de tratamiento de uso de sustancias
- Proveedor de salud mental interna
- Proveedor externo de salud mental CMHC
- Práctica privada de un proveedor externo de salud mental
- Coordinador de atención de MCO/MCO
- Grupo de apoyo comunitario
- Otro

En caso de otro, por favor especifique:

Por qué no se proporcionó una referencia?

Si el cliente estaba en crisis, qué medidas se tomaron?