

Ingesta de abuso de sustancias

Toda la información en este formulario es estrictamente confidencial

Espacio adicional solo para uso clínico

Por favor, imprima la información y responda a todas las preguntas.

Nombre Legal Completo: _____

¿Qué sustancia(s) usa regularmente? _____

¿Cuál es su sustancia de elección? _____

¿Cuántos años tenías durante tu primera experiencia con esta sustancia? _____

¿Cuándo se intoxicó por primera vez con esta sustancia (edad)? _____

¿Cuándo comenzó a usar regularmente (edad)? _____ ¿Cuánto? _____

¿Qué cantidad usas ahora? _____

¿Cuántas veces al día, a la semana o al mes? _____

¿Cuándo ha notado aumentos o disminuciones significativas en el uso? (Piense desde su historial de uso hasta el presente, bajo qué condiciones):

Aumentos: _____

Disminuciones: _____

¿Cuándo fue la última vez que lo usaste? _____ How Cuánto usaste en ese momento?

¿Cuánto tienes que usar para intoxicarte? _____

¿Qué es lo máximo que ha consumido en un período de 24 horas ?

¿Cuál ha sido su período más largo de abstinencia? _____

¿Por qué lo usas? _____

¿Cuál es la sensación que tienes cuando usas? (Ejemplos: deprimido, ansioso, enojado, eufórico, etc.) _____

¿Cuál es su percepción de su relación con su sustancia de elección? _____

¿Estás experimentando actualmente problemas emocionales? (Ejemplos: cambios de humor, tristeza por ira, etc.)?

Debido al uso de la sustancia de su elección, ¿qué síntomas y afecciones ha experimentado? **Por favor, marque todo lo que corresponda:**

Pérdida de control _____	Apagones _____
Aumento de la tolerancia _____	Pases _____
Intentos de detener/controlar el uso _____	Resacas _____
Deterioro del juicio/funcionamiento del rol _____	Problemas de alimentación _____
Problemas/complicaciones médicas _____	Problemas para dormir _____
Problemas matrimoniales/familiares _____	Problemas financieros _____

Problemas emocionales (culpa, vergüenza, ira, etc.) _____

Problemas ocupacionales (llegar tarde, preocupación del supervisor/compañeros de trabajo, etc.) _____

¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia después de dejar de usar? Sí No
Por favor especifique. (Ejemplos: sacudidas, sudores, alucinaciones, aumento de la ansiedad o respuestas fisiológicas, dificultad para dormir)

¿Algún problema legal debido a su uso? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____

¿Cuánto gastas, o has gastado, en un mes en la sustancia de tu elección? _____

¿Hay antecedentes familiares de abuso de alcohol o drogas en su familia? Sí No
¿Qué sustancia y qué relación (enumera todo lo que conoces)?

¿Está recibiendo tratamiento de salud mental? Sí No
En caso afirmativo, ¿dónde y con quién?

¿Algún historial previo de desintoxicación u hospitalización? Sí No

¿Cuántas veces? _____ Where y con quién (Médico/Consejero)? (Especifique el estado:
Ejemplos: paciente hospitalizado, paciente ambulatorio, refugio, casa de medio camino, etc.)

¿Has estado anteriormente en A.A., N.A, etc.? Sí No ¿Qué programa? _____

¿Cuáles fueron los resultados de su tratamiento anterior?

Positivo:

Negativo:

¿Cuáles son algunas áreas de estrés en tu vida? _____

¿De qué manera te enfrentas (bueno y malo) con el estrés en tu vida? _____

¿Qué tipo de sistema de apoyo tienes en tu vida? (Ejemplos: cónyuge, iglesia, familia, grupo de apoyo comunitario, etc.) _____

Firma del paciente

/médico tutor

Fecha