



# SEGUIMIENTO PROGRAMA INTEGRAL DE REDUCCIÓN Y PREVENCIÓN DEL USO Y CONSUMO DE DROGAS

No. DE CEDULA:	FECHA DE ACTUALIZACIÓN:
NOMBRE COMPLETO:	EDAD:
CARGO:	TIEMPO EN EL CARGO:

## ENFERMEDADES PRE EXISTENTES

CATASTRÓFICA	<input type="checkbox"/>
CRÓNICA TRANSMISIBLE	<input type="checkbox"/>
CRÓNICA NO TRANSMISIBLE	<input type="checkbox"/>
NO DIAGNOSTICADA	<input type="checkbox"/>

## FRECUENCIA DE CONSUMO

DE 5 A 7 DÍAS A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>
DE 2 A 4 VECES A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>
DE 2 A 7 VECES A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>
AL MENOS UNA VEZ A LA SEMANA	<input type="checkbox"/>
DE 2 A 12 VECES AL AÑO	<input type="checkbox"/>
UNA VEZ AL AÑO	<input type="checkbox"/>
NO CONSUME	<input type="checkbox"/>

## PRINCIPAL DROGA QUE CONSUME

NO CONSUME	<input type="checkbox"/>
ALCOHOL	<input type="checkbox"/>
ANFETAMINAS	<input type="checkbox"/>
CIGARRILLO	<input type="checkbox"/>
MARIHUANA	<input type="checkbox"/>
BASE DE COCAÍNA	<input type="checkbox"/>
HEROÍNA	<input type="checkbox"/>
TABACO	<input type="checkbox"/>
MORFINA	<input type="checkbox"/>
HONGOS	<input type="checkbox"/>
DROGAS DE SÍNTESIS	<input type="checkbox"/>
INHALANTES/AEROSOL	<input type="checkbox"/>
PEGAMENTOS/DISOLVENTES	<input type="checkbox"/>

## FACTORES PSICO-SOCIALES RELACIONADOS AL CONSUMO

NO APLICA	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

DETALLE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PERSONAL HA RECIBIDO SOCIABILIZACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, CAPACITACIÓN, CHARLAS  
SOBRE LEY ORGÁNICA PARA LA REGULACIÓN Y CONTROL DEL TABACO Y SU REGLAMENTO

SI ☐ NO ☐

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE COLABORADOR(A)

