

Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>	<div></div>
Visit Date <div> / </div> <div> / </div> <div></div>				Source Document Language: <input type="radio"/> English <input type="radio"/> Spanish <input type="radio"/> English and Spanish		Rater Number <div></div>	

Form Completion Status:

- ☐ Any Data Collected
- ☐ Participant Refused
- ☐ Responsible Person did not Complete
- ☐ Not Enough Time at the Visit
- ☐ Participant did not Attend Visit
- ☐ Other (specify: _____)

INFORMACION GENERAL

(GENERAL INFORMATION)

G4. Fecha de admisión

(Date of admission)

--	--	--	--

G8. Clase (*class*)

- 1 ☐ Admisión (*Admission*)
- 2 ☐ Seguimiento (*Follow-up*)

G9. Código de Contacto

(Contact Code)

- 1 ○ En persona (*In person*)
2 ○ Por teléfono (El ASI inicial tiene que hacerse en persona.) (*Telephone (Intake ASI must be in person)*)

G10. Sexo: (*gender*)

- 1 ☐ Masculino (*Male*)
2 ☐ Femenino (*Female*)

G14. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencial actual? (How long have you lived at your current address?)

/
 Años (Years) Meses (Months)

G16. Fecha de Nacimiento

(Date of Birth)

G17. Raza

(Race)

- 1 ☐ Blanco (no origen hispano) *(White (Not of Hispanic Origin))*
- 2 ☐ Negro (no origen hispano) *(Black (Not of Hispanic Origin))*
- 3 ☐ Indio Americano *(American Indian)*
- 4 ☐ Nativo de Alaska *(Alaskan Native)*
- 5 ☐ Asiático *(Asian or Pacific Islander)*
- 6 ☐ Hispano - mejicano *(Hispanic- Mexican)*
- 7 ☐ Hispano - puertorriqueño *(Hispanic- Puerto Rican)*
- 8 ☐ Hispano - cubano *(Hispanic- Cuban)*
- 9 ☐ Otro hispano *(Other Hispanic)*

G12. Especial (Codifique si la entrevista no está completa.)

Special (code if interview not completed)

- 1 ○ Paciente terminó por el entrevistador
(*Patient Terminated (by interviewer)*)
- 2 ○ Paciente rechazó (*Patient Refused*)
- 3 ○ Paciente no puede responder
(lenguaje o barrera intelectual,
paciente bajo la influencia, etc.)
(*Patient unable to respond (language or
intellectual barrier, patient under the
influence, etc...)*)

Comentarios

(Comments)

G18. Preferencia Religiosa

(Religious Preference)

- 1 ☐ Protestante (*Protestant*)
2 ☐ Católico (*Catholic*)
3 ☐ Judío (*Jewish*)
4 ☐ Islámico (*Islamic*)
5 ☐ Otra (*Other*) _____
6 ☐ Ninguna (*None*)

G19. ¿Ha estado fuera de su domicilio (casa) en los pasados 30 días, en una situación controlada?

(Have you been in a controlled environment in the past 30 days?)

- 1 ☐ No (*No*)
 2 ☐ Cárcel (*Jail*)
 3 ☐ Tratamiento por alcohol o drogas (*Alcohol or Drug Treatment*)
 4 ☐ Tratamiento médico (*Medical Treatment*)
 5 ☐ Tratamiento psiquiátrico (*Psychiatric Treatment*)
 6 ☐ Otros (*Other*)

G20. ¿Cuántos días?
(How many days?)

--	--

Protocol Number

Node Number

Site Number

Participant Number

Week

Day of Week

Phase

Visit Sequence

 / /

Visit Date

Rater Number

ESTADO MÉDICO GENERAL

(MEDICAL STATUS)

M1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (Incluir sobredosis y delirium tremens. Excluir desintoxicaciones o trat. psiquiátrico).
(How many times in your life have you been hospitalized for medical problems? (Include o.d.'s, d.t.'s, exclude detox.))

M3. ¿Tiene algún problema médico crónico que interfiera en su vida?
(Do you have any chronic medical problems which continue to interfere with your life?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

Especificar (Specify)

M4. ¿Está tomando regularmente alguna medicación recetada para algún problema orgánico (físico)?
(Are you taking any prescribed medication on a regular basis for a physical problem?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

M5. ¿Recibe alguna pensión por discapacidad (incapacidad) física (incapacidad laboral)? (Excluir discapacidad psiquiátrica).
(Do you receive a pension for a physical disability? (Exclude psychiatric disability.))

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

Especificar (Specify)

M6. ¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha experimentado Ud. problemas médicos?
(How many days have you experienced medical problems in the past 30 days?)

Para las preguntas 7 y 8, preséntele al entrevistado la Escala de Valoración del paciente.

(For questions 7 & 8, please ask patient to use the Patient's Rating Scale.)

M7. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, estos problemas médicos que ha tenido?
(How troubled or bothered have you been by these medical problems in the past 30 days?)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

M8. ¿Qué importancia tiene, ahora, para Ud. recibir tratamiento para estos problemas médicos?
(How important to you now is treatment for these medical problems?)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentarios
(Comments)

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)

M10. ¿Falsedad por parte del paciente?
(Patient's misrepresentation?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

M11. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?
(Patient's inability to understand?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

2640



<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>						<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	
Visit Date						Rater Number	

EMPLEO / APOYO

(Employment/Support Status)

E1. Educación básica recibida

(GED = 12 años)

(Education completed (GED=12 years))

<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>
Años (Years)	Meses (Months)

E2. Formación o Educación técnica recibida.

(Training or technical education completed)

Meses
(Months)

E4. ¿Tiene Ud. carnet (licencia) de conducir válido(a)?

(Do you have a valid driver's license?)

0 ☐ No (No)
1 ☐ Sí (Yes)

E5. ¿Tiene Ud. un automóvil disponible para su uso? (Contestar NO en caso de que no posea carnet de conducir válido)

(Do you have an automobile available for use? (Answer 'No' if no valid driver's license.))

0 ☐ No (No)
1 ☐ Sí (Yes)

E6. ¿Cuánto tiempo ha durado su empleo (trabajo) a tiempo completo más prolongado (largo)? Tiempo completo = 35+ horas semanales; no quiere decir necesariamente su empleo mas reciente.

(How long was your longest full time job? Full time= 35+ hours weekly; does not necessarily mean most recent job.)

<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>
Años (Years)	Meses (Months)

E10. Patrón usual de ocupación durante los últimos tres años: ocupación

(Usual employment pattern, past three years.)

- 1 ☐ Tiempo completo (35 h. semana)
(Full time (35 hrs/wk))
- 2 ☐ Tiempo parcial (horas fijas)
(Part time (regular hours))
- 3 ☐ Tiempo parcial (horas irregulares / por días)
(Part time (irreg., day-work))
- 4 ☐ Estudiante
(Student)
- 5 ☐ Servicio militar
(Military Service)
- 6 ☐ Invalidez / Jubilado
(Retired/Disability)
- 7 ☐ Desempleado
(Unemployed)
- 8 ☐ Situación ambiental controlada (Cárcel)
(In controlled environment)

E11. ¿Cuántos días, de los últimos 30, le han pagado a Ud. por su trabajo? (Incluya trabajo no declarado legalmente).

(How many days were you paid for working in the past 30 days? (Include "under the table" work))

E7A. Ocupación usual (o última).

(Usual (or last) occupation))

- 1 ☐ Profesional/Ejecutiva (Major Professional/Executive)
- 2 ☐ Manager/Enfermera/Farmacéuta/Maestro(a) (Manager/Nurse/Pharmacist/Teacher)
- 3 ☐ Administrador/Dueño de pequeño negocio (Administrator/Small Business Owner)
- 4 ☐ Oficinista/Vendedor/Técnico (Clerical/Sales/Technicians)
- 5 ☐ Laborador Manual/Electricista (Skilled Manual/Electrician)
- 6 ☐ Ayudante/Conductor/Mesero(a) (Semi-Skilled/Aide/Driver/Waiter)
- 7 ☐ Desempleado (Unskilled/Unemployed)
- 8 ☐ Ama de casa (Homemaker)
- 9 ☐ Estudiante/no ocupación/deshabilitado (Student/No occupation/Disabled)

E7B. Por favor, especifique su usual (o última) ocupación

(Please specify your usual (or last) occupation.)

English

Spanish

E9. ¿Contribuye alguien, de alguna manera, en su sustento o mantenimiento?

(Does someone contribute the majority of your support?)

0 ☐ No (No)
1 ☐ Sí (Yes)

Comentarios

(Comments)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit Date							Rater Number		

EMPLEO / APOYO

(Employment/Support Status)

En los últimos 30 días, ¿cuánto dinero recibió de las siguientes fuentes? (How much money did you receive from the following sources in the past 30 days?)

E12. Empleo (s).- Salario neto \$

(Employment (net income))

E13. Prestación (compensación) por desempleo \$

(Unemployment Compensation)

E14. Asistencia Social (Welfare) \$

(Welfare)

E15. Pensión, beneficiencia o seguro social \$

(Pension, benefits or social security)

E16. Pareja, familia o amigos.(Dinero para gastos personales) \$

(Mate, family or friends (Money for personal expenses))

E17. Ilegal \$

(Illegal)

E18. ¿Cuántas personas dependen de Ud. en cuanto vivienda, alimentación, etc.?

(How many people depend on you for the majority of their food, shelter, etc.?)

E19. ¿Cuántos días durante los últimos 30 días, ha tenido problemas con su trabajo?

(How many days have you experienced employment problems in the past 30 days?)

E20. ¿Cuánto le han preocupado o molestado, en los últimos 30 días, sus problemas laborales?

(How troubled or bothered have you been by these employment problems in the past 30 days?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

E21. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo profesional para estos problemas laborales?

(How important to you now is counseling for these employment problems?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentarios

(Comments)

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)

E23. ¿Falsedad por parte del paciente?

(Patient's misrepresentation?)

☐ 0 No (No)

☐ 1 Sí (Yes)

E24. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?

(Patient's inability to understand?)

☐ 0 No (No)

☐ 1 Sí (Yes)

2640

<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> / <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>						<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div>	
Visit Date						Rater Number	

CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

(Drug/Alcohol Use)

	Últimos 30 días (Past 30 days)	Transcurso de la vida: Años (Years of Lifetime Use)	Vía de Administro (Route of Administration)				
			Oral (Oral)	Nasal (Nasal)	Fumador (Smoking)	Inyección No-IV (Non-IV injection)	Inyección IV (IV injection)
D1 Alcohol (cualquier uso) (Alcohol (Any Use at all))	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D2 Alcohol (Hasta la intoxicación) (Alcohol (To intoxication))	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D3 Heroína (Heroin)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D4 Metadona (Methadone)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D5 Otros opiáceos / analgésico (Other Opiates/Analgesic)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D6 Barbitúricos (Barbituates)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D7 Otros sedantes / hipnóticos / tranquilizantes (Other Sedatives/ Hypnotics / Tranquilizers)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D8 Cocaína (Cocaine)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D9 Anfetaminas (Amphetamines)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D10 Cánnabis (Cannabis)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D11 Alucinógenos (Hallucinogens)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D12 Inhalantes (Inhalants)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
D13 Más de una sustancia al día regularmente (incluyendo el alcohol) (More than 1 substance per day (Including Alcohol))	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>					

2640

<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="font-size: 20px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="font-size: 20px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>						<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
Visit Date						Rater Number	

CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

(Drug/Alcohol Use)

D17. ¿Cuántas veces ha tenido delirium tremens por alcohol?

(How many times have you had alcohol d.t.'s?)

¿Cuántas veces en su vida ha sido tratado por?:

(How many times in your life have you been treated for:)

D19. Abuso de alcohol

(Alcohol Abuse)

D20. Abuso de otras drogas

(Drug Abuse)

¿Cuántas de estas fueron sólo desintoxicaciones?

(How many of these were detox only?)

D21. Por alcohol

(Alcohol)

D22. Por otras drogas

(Drugs)

¿Cuánto dinero diría que ha gastado Ud. en los 30 días en?:

(How much would you say you spent during the past 30 days on:)

D23. Alcohol?

(Alcohol?)

\$

D24. Otras drogas?

(Drugs?)

\$

D25. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado en tratamiento ambulatorio (externo) por alcohol u otras drogas? (Incluye AA, NA)

(How many days you been treated in an outpatient setting for alcohol or drugs in the past 30 days? (Include NA, AA))

D26. ¿Cuántos días en los últimos 30, ha experimentado (tenido) problemas con el alcohol?

(How many days in the past 30 have you experienced alcohol problems?)

D27. ¿Cuántos días en los últimos 30, ha experimentado (tenido) problemas con drogas?

(Incluir solamente: antojos, síntomas de retiro, disturbio por el uso, o queriendo parar y no puede.)

(How many days in the past 30 have you experienced drug problems? (Include only: craving, withdrawal symptoms, disturbing effects of use, or wanting to stop and being unable to.))

Para las preguntas D-28 a D-31, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente.

(For questions D28-D31, please ask patient to use the Patient's Rating Scale. The patient is rating the need for additional substance abuse treatment.)

D28. En los últimos 30 días, cuanto le han preocupado sus problemas con el alcohol?

(How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these alcohol problems?)

0 0 1 0 2 0 3 0 4

D29. En los últimos 30 días, cuanto le han preocupado sus problemas con drogas?

(How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these drug problems?)

0 0 1 0 2 0 3 0 4

D30. ¿Qué importancia tiene para Ud., recibir tratamiento por sus problemas con el alcohol?

(How important to you now is treatment for these alcohol problems?)

0 0 1 0 2 0 3 0 4

D31. ¿Qué importancia tiene para Ud., recibir tratamiento por sus problemas con drogas?

(How important to you now is treatment for these drug problems?)

0 0 1 0 2 0 3 0 4

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)

D34. ¿Falsedad por parte del paciente?

(Patient's misrepresentation?)

0 0 No (No)

1 0 Sí (Yes)

D35. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?

(Patient's inability to understand?)

0 0 No (No)

1 0 Sí (Yes)

2640



--	--	--	--

Protocol Number

--	--

Node Number

--	--	--	--

Site Number

--	--	--	--

Participant Number

--	--	--

Week

--	--

Day of Week

--	--

Phase

--	--

Visit Sequence

		/			/		
--	--	---	--	--	---	--	--

Visit Date

--	--	--	--	--

Rater Number

SITUACION LEGAL (Legal Section)

L1. ¿El tratamiento ha sido sugerido o impuesto por el sistema judicial? (Was this admission prompted or suggested by the criminal justice system?)

0 ☐ No (No)
1 ☐ Sí (Yes)

L2. ¿Está Ud. en libertad condicional o bajo fianza? (Are you on probation or parole?)

0 ☐ No (No)
1 ☐ Sí (Yes)

¿Cuántas veces en su vida ha estado Ud. arrestado y acusado por los siguientes delitos?: (How many times in your life have you been arrested and charged with the following:)

L3. Hurto (robo a tiendas) o vandalismo (Shoplifting/Vandalism)

--	--

L4. Violación de libertad condicional o bajo fianza (Parole/probation violations)

--	--

L5. Acusaciones por drogas (Drug charges)

--	--

L6. Falsificación de documentos (Forgery)

--	--

L7. Posesión ilícita de armas (Weapons offense)

--	--

L8. Robo de viviendas / Robo con violencia (Burglary, larceny, B& E)

--	--

L9. Atraco (Asalto a mano armada) (Robbery)

--	--

L10. Asalto (Assault)

--	--

L11. Incendio provocado (Arson)

--	--

L12. Violación (Rape)

--	--

L13. Homicidio / Homicidio sin premeditación (Homicide, manslaughter)

--	--

L14. Prostitución (Prostitution)

--	--

L15. Desacato a la autoridad (Contempt of court)

--	--

L16. Otros (Other)

--	--

L17. ¿Cuántas de estas acusaciones acabaron en condena? (How many of these charges resulted in convictions?)

--	--

Comentarios (Comments)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocol Number	Node Number	Site Number	Participant Number	Week	Day of Week	Phase	Visit Sequence		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit Date							Rater Number		

SITUACION LEGAL (Legal Section)

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de lo siguiente?: (How many times in your life have you been charged with the following:)

L18. Desorden público, vagancia, intoxicación pública (Disorderly conduct, vagrancy, public intoxication)

L19. Conducir bajo intoxicación (Driving while intoxicated)

L20. Violaciones graves de tráfico (Major driving violations)

L21. A lo largo de su vida, ¿cuántos meses ha estado encarcelado? (How many months were you incarcerated in your life?)

L24. ¿Está en este momento esperando acusación, juicio o sentencia? (Are you presently awaiting charges, trial or sentence?)

0 ☐ No (No)
1 ☐ Sí (Yes)

L25. ¿Por qué? (si hay varias razones ponga la más grave) Indique el número correspondiente de las preguntas 3-16 de la página anterior y 18-20 arriba. (What for? If multiple charges, use most severe Enter number that matches from questions 3-16 on previous page and 18-20 above)

L26. En los últimos 30 días ¿cuántos días ha sido detenido o encarcelado? (How many days in the past 30 were you detained or incarcerated?)

L27. En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha estado involucrado en actividades ilegales para su propio provecho? (How many days in the past 30 have you engaged in illegal activities for profit?)

Para las preguntas 28 y 29, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente. (For questions 28 & 29, please ask patient to use the Patient's rating Scale)

L28. ¿Cuánto le preocupan sus actuales problemas legales? (excluya sus problemas familiares o de empleo) (How serious do you feel your present legal problems are (Exclude civil problems))

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

L29. ¿Qué importancia tiene ahora para usted, ser aconsejado o asesorado sobre sus problemas legales? (How important to you now is counseling or referral for these legal problems?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentarios
(Comments)

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)

L31. ¿Falsedad por parte del paciente? (Patient's misrepresentation?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

L32. ¿Incapacidad de comprensión del paciente? (Patient's inability to understand?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

2640

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Protocol Number				Node Number		Site Number				Participant Number				Week		Day of Week		Phase	Visit Sequence				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>											<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit Date										Rater Number													

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

(Family/Social Relationships)

- F1. Estado Civil: 1 ☐ Casado o pareja (Married)
 (Marital status:) 2 ☐ Casado en segundas nupcias (Remarried)
 3 ☐ Viudo (Widowed)
 4 ☐ Separado (Separated)
 5 ☐ Divorciado (Divorced)
 6 ☐ Soltero (Never married)

- F3. ¿Está satisfecho con esta situación? (Are you satisfied with this situation?) 0 ☐ No (No)
 1 ☐ Indiferente (Indifferent)
 2 ☐ Sí (Yes)

- F4. ¿En los últimos tres años, en que situación ha vivido más tiempo? (Usual living arrangement (past 3 years))

- 1 ☐ Con pareja sexual e hijos (With sexual partner and children)
 2 ☐ Con pareja sexual sin hijos (With sexual partner alone)
 3 ☐ Con hijos solo (With children alone)
 4 ☐ Con los padres (With parents)
 5 ☐ Con la familia de origen (With family)
 6 ☐ Con los amigos (With friends)
 7 ☐ Sólo/a (Alone)
 8 ☐ En ambiente institucional controlado (Cárcel) (Controlled environment)
 9 ☐ Ninguna situación estable (No stable arrangements)

- F6. ¿Está satisfecho con esta situación de vivienda? (Are you satisfied with these living arrangements?)

- 0 ☐ No (No)
 1 ☐ Indiferente (Indifferent)
 2 ☐ Sí (Yes)

Vive Ud. con alguien que: (Do you live with anyone who:)

- F7. ¿Tenga actualmente un problema con el alcohol? (Has a current alcohol problem?) 0 ☐ No (No)
 1 ☐ Sí (Yes)

- F8. ¿Use drogas que no son prescritas (recetadas)? (Uses non-prescribed drugs?) 0 ☐ No (No)
 1 ☐ Sí (Yes)

- F9. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? (With whom do you spend most of your free time?) 1 ☐ Familia (Family)
 2 ☐ Amigos (Friends)
 3 ☐ Solo (Alone)

- F10. ¿Está satisfecho de como emplea el tiempo libre? (Are you satisfied with spending your free time this way?) 0 ☐ No (No)
 1 ☐ Indiferente (indifferent)
 2 ☐ Sí (Yes)

Comentarios
 (Comments)

Protocol Number

Node Number

Site Number

Participant Number

Week

Day of Week

Phase

Visit Sequence

 / /

Visit Date

Rater Number

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

(Familiv/Social Relationships)

¿Ha tenido períodos significativos en los que ha experimentado problemas serios con: (Have you had significant periods in which you have experienced serious problems getting along with:)

	Ultimos 30 días (Past 30 days)	Durante su vida (Lifetime)
F18. Madre (Mother)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F19. Padre (Father)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F20. Hermanos / Hermanas (/Brothers/Sisters)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F21. Pareja sexual /Esposo (a) (Sexual partner/spouse)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F22. Hijos (Children)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F23. Otros familiares cercanos (Other significant family)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F24. Amigos íntimos (Close friends)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F25. Vecinos (Neighbors)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F26. Compañeros de trabajo (Co-workers)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)

¿Algunas de estas personas (18-26) abusaron de Ud?
(Did any of these people (18-26) abuse you:)

	Ultimos 30 días (Past 30days)	Durante su vida (Lifetime)
F28. Físicamente (causarle daño físico) (Physically (cause you physical harm)?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
F29. Sexualmente (forzarle sexualmente o actos sexuales)? (Sexually (force sexual advances or sexual acts?)?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)

Comentarios
(Comments)

Protocol Number

Node Number

Site Number

Participant Number

Week

Day of Week

Phase

Visit Sequence

 / /

Visit Date

Rater Number

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

(Family/Social Relationships)

Para las preguntas 32-35, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente. (For questions 32-35, please ask patient to use the Patient's Rating Scale)

F30. ¿Cuántos días de los últimos 30 días ha tenido conflictos graves con su familia? (How many days in the past 30 have you had serious conflicts with your family?)

F31. ¿Cuántos días de los últimos 30 días ha tenido conflictos graves con otras personas (excluyendo familia)? (How many days in the past 30 have you had serious conflicts with other people(excluding family)?)

F32. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado o sentido molesto por problemas familiares? (How troubled or bothered have you been in the past 30 days by these family problems?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

F33. En los últimos 30 días, ¿se ha preocupado o sentido molesto por problemas sociales? (How troubled or bothered have you been in the past 30 days by social problems?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

F34. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo o asesoramiento sobre sus problemas familiares? (How important to you now is treatment or counseling for these family problems?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

F35. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir consejo o asesoramiento sobre sus problemas sociales? (Incluya la necesidad del paciente para buscar tratamiento por sus problemas sociales como soledad, inhabilidad de socializar, insatisfacción con amigos. La evaluación del paciente debe referir a insatisfacción, conflictos, o otros problemas serios.) (How important to you now is treatment or counseling for these social problems?(Include patient's need to seek treatment for such social problems as loneliness, inability to socialize, and dissatisfaction with friends. Patient rating should refer to dissatisfaction, conflicts, or other serious problems.))

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Comentarios
(Comments)

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)

F37. ¿Falsedad por parte del paciente?

(Patient's misrepresentation?)

☐ 0 No (No)

☐ 1 Sí (Yes)

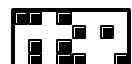
F38. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?

(Patient's inability to understand?)

☐ 0 No (No)

☐ 1 Sí (Yes)

2640



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocol Number				Node Number		Site Number		Participant Number		Week		Day of Week		Phase		Visit Sequence	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Visit Date								Rater Number									

ESTADO PSICOPATOLOGICO

(Psychological Section)

¿Cuántas veces ha sido tratado por problemas psicológicos o emocionales? (How many times have you been treated for any psychological or emotional problems?)

P1. Como paciente hospitalizado (In a hospital)

P2. Como paciente ambulatorio o consulta particular (As an outpatient or private patient)

P3. ¿Recibe Ud. alguna pensión por incapacidad psiquiátrica? (Do you receive a pension for a psychiatric disability?)

0 ☐ No (No)
1 ☐ Sí (Yes)

¿Ha tenido algún período importante (que no fuera resultado directo del uso de drogas o de alcohol) en el que haya: (Have you had a significant period, (that was not a direct result of drug/alcohol use), in which you have:)

Ultimos 30 días (Past 30days)	Durante su vida (Lifetime)
----------------------------------	-------------------------------

P4. Experimentado una depresión importante? (Experienced serious depression?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
---	---	---

P5. Experimentado ansiedad o tensión? (Experienced serious anxiety or tension?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
---	---	---

P6. Experimentado alucinaciones? (Experienced hallucinations?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
--	---	---

P7. Experimentado problemas de comprensión, concentración o memoria? (Experienced trouble understanding, concentrating or remembering?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
---	---	---

P8. Experimentado problemas para controlar conductas violentas? (Experienced trouble controlling violent behavior?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
---	---	---

P9. Experimentado problemas serios o ideas en torno al suicidio? (Experienced serious thoughts of suicide?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
---	---	---

P10. Intento de suicidio? (Attempted suicide?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
--	---	---

P11. ¿Le ha sido prescrita (recetada) alguna medicación para algún problema psicológico o emocional? (Been prescribed medication for any psychological/emotional problems?)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)	0 <input type="radio"/> No (No) 1 <input type="radio"/> Sí (Yes)
---	---	---

Comentarios
(Comments)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Protocol Number				Node Number		Site Number				Participant Number				Week		Day of Week		Phase	Visit Sequence				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>											<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Visit Date																		Rater Number					

ESTADO PSICOPATOLOGICO

(Psychological Section)

P12. ¿Cuántos días, en los últimos 30, ha experimentado estos problemas psicológicos o emocionales? (How many days in the past 30 have you experienced these psychological or emotional problems?)

Para las preguntas 13 y 14, por favor, indique al paciente que se evalúe según la Escala de Valoración del Paciente (For questions 13 & 14, please ask patient to use the Patient's Rating Scale)

P13. En los últimos 30 días, ¿cuánto le han preocupado o molestado estos problemas psicológicos o emocionales? (How much have you been troubled or bothered by these psychological or emotional problems in the past 30 days?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

P14. ¿Qué importancia tiene para Ud. ahora recibir tratamiento por estos problemas psicológicos o emocionales? (How important to you now is treatment for these psychological or emotional problems?)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

VALORACIÓN DE LA VERACIDAD: Valorar si la información anterior está significativamente distorsionada por:

(Confidence Ratings: Is the above information significantly distorted by:)

P22. ¿Falsedad por parte del paciente?

(Patient's misrepresentation?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

P23. ¿Incapacidad de comprensión del paciente?

(Patient's inability to understand?)

0 ☐ No (No)

1 ☐ Sí (Yes)

Comentarios

(Comments)