

Gobierno de Puerto Rico  
Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

**Perfil de Admisión**

Número de expediente	Seguro social _ _ _ _ _	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero (M-F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F-M)	Orientación sexual (variable Género en SEPS) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Informó
IUP	Episodio		
Nombre del centro/ Unidad de servicio			
Nombre de la persona que llenó el perfil (escriba claro)	Puesto	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _
Nombre del clínico a cargo de la evaluación (escriba claro)	Disciplina	Firma	Fecha (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _
Fecha de admisión (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _	Fecha de Convenio (programas de desvío solamente, ej. TASC, Drug Court) (mmm/dd/aaaa) _ _ _ / _ _ / _ _ _		

Primer apellido _ _ _ _ _		Segundo apellido _ _ _ _ _	
Primer nombre _ _ _ _ _		Segundo nombre _ _ _ _ _	
Fecha de nacimiento (mmm/dd/aaaa) _ _ _ - _ _ - _ _ _	Edad _ _	Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Admisión (aplica a Hospitalizaciones) <input type="checkbox"/> Voluntaria – paciente <input type="checkbox"/> Voluntaria – otro (padres, tutores, etc.) <input type="checkbox"/> Involuntaria – civil <input type="checkbox"/> Involuntaria – criminal <input type="checkbox"/> Involuntaria – justicia juvenil <input type="checkbox"/> Involuntaria – civil, sexual <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No información
<b>Militar</b> <input type="checkbox"/> Guardia Nacional <input type="checkbox"/> State Guard <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> No aplica		Familiar de Militar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Raza</b> (Seleccione una o más) <input type="checkbox"/> Blanca (Caucásica) <input type="checkbox"/> Afro americano / negro <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra raza			<b>Grupo étnico</b> <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> No Informó

<b>Seguro de salud</b> <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan privado <input type="checkbox"/> Combinación <input type="checkbox"/> Plan de salud del gobierno (Medicaid)	<b>Fuente de pago</b> <input type="checkbox"/> Pago directo <input type="checkbox"/> Plan de salud del gobierno (Medicaid) <input type="checkbox"/> Plan privado <input type="checkbox"/> No se cobra <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otra fuente de pago
---	---

<b>Estado marital</b> <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión consensual	<b>Si es fémina</b> <input type="checkbox"/> Embarazada sin hijos dependientes <input type="checkbox"/> Embarazada con hijos dependientes <input type="checkbox"/> Fémina sin hijos dependientes <input type="checkbox"/> Fémina con hijos dependientes <b>Número de hijos</b> _ _	<b>Si es varón</b> <input type="checkbox"/> Sin hijos <input type="checkbox"/> Con hijos <b>Número de hijos</b> _ _
--	--	---

<b>Condición laboral y/o de estudio</b> <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No participa de la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> No informé	<b>Si no participa de la fuerza laboral</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Incapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Encarcelado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informé <input type="checkbox"/> No aplica
--	-------------------------------------	--	--

<b>Último grado completado</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Quinto <input type="checkbox"/> Sexto <input type="checkbox"/> Séptimo	<input type="checkbox"/> Octavo <input type="checkbox"/> Noveno <input type="checkbox"/> Décimo <input type="checkbox"/> Undécimo <input type="checkbox"/> Diploma de escuela superior <input type="checkbox"/> Créditos universitarios <input type="checkbox"/> Curso vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro (educación especial)	<b>Desertor escolar:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> <b>Educación especial:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> <b>Situación escolar al momento de admisión</b> <input type="checkbox"/> Ha asistido a la escuela en algún momento durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No ha asistido a la escuela durante los pasados tres meses <input type="checkbox"/> No aplica
---	--	---

<b>¿Con quién vive la persona?</b> (Marque todas las que aplique) <input type="checkbox"/> Vive sólo <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos(as) <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Hijo(s) <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informé	<b>Fuente de ingreso</b> <input type="checkbox"/> Salario /Jornal <input type="checkbox"/> Pensión (por retiro) /seguro social <input type="checkbox"/> Prog. Asistencia Nutricional <input type="checkbox"/> Prog. Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Pensión de veteranos <input type="checkbox"/> Ayuda de familiares <input type="checkbox"/> Pensión por incapacidad/SS <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> No informé	<b>Residencia</b> <input type="checkbox"/> Propia (de los padres, si es menor) <input type="checkbox"/> Alquilada (por los padres, si es menor) <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Institución residencial <input type="checkbox"/> Hogar grupal, orfanato <input type="checkbox"/> Institución correccional <input type="checkbox"/> Hogar de crianza <input type="checkbox"/> Hogar sustituto <input type="checkbox"/> Hogar transicional <input type="checkbox"/> Sin hogar (Deambulante) <input type="checkbox"/> No informé
<b>Tamaño Familiar:</b>		<b>Tiempo en residencia</b> <input type="checkbox"/> Menos de 2 días <input type="checkbox"/> 2-30 días <input type="checkbox"/> 31-90 días
		<input type="checkbox"/> 91 días - 1 año <input type="checkbox"/> 1- 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años

<b>Municipio de residencia</b>					
(1) Adjuntas (2) Aguada (3) Aguadilla (4) Aguas Buenas (5) Aibonito (6) Añasco (7) Arecibo (8) Arroyo (9) Barceloneta (10) Barranquitas (11) Bayamón (12) Cabo Rojo (13) Caguas (14) Camuy (15) Canóvanas	(16) Carolina (17) Cataño (18) Cayey (19) Ceiba (20) Ciales (21) Cidra (22) Coamo (23) Comerío (24) Corozal (25) Culebra (26) Dorado (27) Fajardo (28) Florida (29) Guánica (30) Guayama	(31) Guayanilla (32) Guaynabo (33) Gurabo (34) Hatillo (35) Hormigueros (36) Humacao (37) Isabela (38) Jayuya (39) Juana Díaz (40) Juncos (41) Lajas (42) Lares (43) Las Marías (44) Las Piedras (45) Loíza	(46) Luquillo (47) Manatí (48) Maricao (49) Maunabo (50) Mayagüez (51) Moca (52) Morovis (53) Naguabo (54) Naranjito (55) Orocovis (56) Patillas (57) Peñuelas (58) Ponce (59) Quebradillas (60) Rincón	(61) Río Grande (62) Sabana Grande (63) Salinas (64) San Germán (65) San Juan (66) San Lorenzo (67) San Sebastián (68) Santa Isabel (69) Toa Alta (70) Toa Baja (71) Trujillo Alto (72) Utuado (73) Vega Alta (74) Vega Baja (75) Vieques	(76) Villalba (77) Yabucoa (78) Yauco (96) No informé
<b>Zona geográfica</b> <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana					
<b>Código postal (zip code)</b> _____					

**INFORMACIÓN RELACIONADA AL EPISODIO (ESTE EPISODIO)**

<b>Etapas de servicio</b> <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Readmisión	<b>Indicar nivel de cuidado para el uso de sustancias (marque solo una opción, la que aplique a este evento)</b>	
<b>¿Co-dependiente?</b> (persona que no tiene problemas de sustancias, pero busca servicios debido a problemas que pueden estar surgiendo en su vida a causa de su relación con usuario) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Evaluación drogas <input type="checkbox"/> Evaluación alcohol <input type="checkbox"/> Charla socioeducativa <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Ambulatorio con Metadona <input type="checkbox"/> Desintoxicación droga (ambulatorio)	<input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (interno) <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial <input type="checkbox"/> Desvío <input type="checkbox"/> No aplica (Este episodio es de Salud Mental)
<b>¿Usa medicamento como parte del tratamiento contra la dependencia de opiáceos?</b> <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Buprenorfina <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		<b>Días de espera para entrar a tratamiento</b>

<b>Indicar nivel de cuidado de salud mental (marque solo una opción, la que aplique a este evento)</b>		
<input type="checkbox"/> Clínicas Ambulatorias <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Hospitalización general	<input type="checkbox"/> Hospitalización forense <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial	<input type="checkbox"/> No aplica (Este episodio es de uso de sustancias) <b>Días de espera para entrar a tratamiento</b>

<b>Fuente de referido (Seleccione solo uno)</b>		
<input type="checkbox"/> Autoreferido <input type="checkbox"/> Proveedor de servicio de Salud Mental <input type="checkbox"/> Proveedor de Salud <input type="checkbox"/> Departamento de Educación <input type="checkbox"/> Sistema de Justicia Criminal <input type="checkbox"/> Administración de Tribunales <input type="checkbox"/> Otros programas de ASSMCA <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia <input type="checkbox"/> Departamento de la Familia <input type="checkbox"/> Departamento de Salud <input type="checkbox"/> Adm. de Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> OCALARH	<input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Plan de salud del gobierno <input type="checkbox"/> Centro para tx de uso de sustancias <input type="checkbox"/> Programa Privado de Salud Mental <input type="checkbox"/> Instituciones Juveniles <input type="checkbox"/> Alcance comunitario <input type="checkbox"/> Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Clínico en práctica privada <input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría General <input type="checkbox"/> Hospital de Psiquiatría Forense <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico Privado <input type="checkbox"/> Hospital Privado de salud física	<input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Hospital de Veteranos <input type="checkbox"/> Abogado privado <input type="checkbox"/> Organizaciones de base de fe <input type="checkbox"/> Otras organizaciones de base comunitaria <input type="checkbox"/> Familiares o amigos <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> No hay información <input type="checkbox"/> Otro(s)

<b>Estado legal del referido</b> <input type="checkbox"/> Drug Court (247.1) <input type="checkbox"/> Ley 78 <input type="checkbox"/> TASC Juvenil <input type="checkbox"/> Drug Court (404) <input type="checkbox"/> Ley 59 <input type="checkbox"/> Ley 177 <input type="checkbox"/> Drug Court (404 B) <input type="checkbox"/> Ley 408 <input type="checkbox"/> Ley 188 <input type="checkbox"/> Drug Court Juvenil <input type="checkbox"/> Ley 1155 <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ley 22 <input type="checkbox"/> Regla 240 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> Ley 30 <input type="checkbox"/> Regla 241 <input type="checkbox"/> No Aplica (No intervenido por justicia) <input type="checkbox"/> Ley 54 <input type="checkbox"/> Probatoria <input type="checkbox"/> Ley 67 <input type="checkbox"/> TASC	<b>¿Ha sido arrestado alguna vez en su vida?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? (antes de la admisión)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Número de arrestos en los pasados 30 días</b>
--	---

<b>Problema con la justicia/ Faltas cometidas (Marque todas las que aplique)</b>	
<input type="checkbox"/> Hurto / vandalismo <input type="checkbox"/> Violación a probatoria <input type="checkbox"/> Consumo de drogas <input type="checkbox"/> Falsificación de documentos <input type="checkbox"/> Violación / delito sexual <input type="checkbox"/> Rapto <input type="checkbox"/> Asesinato / homicidio <input type="checkbox"/> Prostitución <input type="checkbox"/> Escalamiento	<input type="checkbox"/> Desacato <input type="checkbox"/> Conducir bajo efectos de droga u alcohol <input type="checkbox"/> Alteración a la paz <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Apropiación ilegal agravada <input type="checkbox"/> Tráfico de drogas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No aplica

**Datos de Salud General** (Indique condiciones de salud adicionales a la asociada a este evento)

<b>¿Tiene historial de:...</b>		<input type="checkbox"/> Persona viviendo con VIH
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Persona viviendo con SIDA
<input type="checkbox"/> Diabetes/hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Síndromes metabólicos
<input type="checkbox"/> Hepatitis de tipo desconocido	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Trastornos asociados a la tiroides
		<input type="checkbox"/> Sordera
		<input type="checkbox"/> Ceguera
		<input type="checkbox"/> Otro Impedimento Físico
		<input type="checkbox"/> Otro diagnóstico
		<input type="checkbox"/> No aplica

**Información de episodios anteriores de cualquier servicio de tratamiento por uso de sustancias**

<b>Numero de tratamientos (Episodios) que ha recibido anteriormente</b>	<b>Duración del último servicio de tratamiento de uso de sustancias</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días) <input type="checkbox"/> 3 a 4 años <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 5 a 6 años <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> 7 años o más <input type="checkbox"/> 7 a 11 meses <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 1 año a 2 años <input type="checkbox"/> No aplica
<b>Tiempo desde la última alta de servicio para uso de sustancias</b>  ____ Días                      ____ Meses	<b>Nivel de cuidado del episodio anterior de sustancias</b>
	<input type="checkbox"/> Evaluación drogas <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (ambulatorio) <input type="checkbox"/> Evaluación alcohol <input type="checkbox"/> Desintoxicación alcohol (interno) <input type="checkbox"/> Charla socioeducativa <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Hospitalización Parcial <input type="checkbox"/> Ambulatorio con Metadona <input type="checkbox"/> Desvío <input type="checkbox"/> Desintoxicación droga (ambulatorio) <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Desintoxicación droga (interno)

**Información de episodios anteriores de cualquier servicio de tratamiento por salud mental**

<b>Numero de tratamientos (Episodios) que ha recibido anteriormente</b>	<b>Duración del último servicio de tratamiento de salud mental</b>
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 o más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Menos de un mes (30 días) <input type="checkbox"/> 3 a 4 años <input type="checkbox"/> 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> 5 a 6 años <input type="checkbox"/> 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> 7 años o más <input type="checkbox"/> 7 a 11 meses <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 1 año a 2 años <input type="checkbox"/> No aplica
<b>Tiempo desde la última alta de servicio de salud mental</b>  ____ Días                      ____ Meses	<b>Nivel de cuidado del episodio anterior de salud mental</b>
	<input type="checkbox"/> Clínicas Ambulatorias <input type="checkbox"/> Hospitalización forense <input type="checkbox"/> Ambulatorio intensivo <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Hospitalización parcial <input type="checkbox"/> Centro transicional a vida independiente <input type="checkbox"/> Hospitalización general <input type="checkbox"/> Tratamiento Residencial <input type="checkbox"/> Centro de Rehabilitación Psicosocial <input type="checkbox"/> No aplica

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PARTICIPANTE

<b>¿Existe historial de ideas suicidas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé	<b>¿Existe historial de maltrato en la niñez?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé	<b>¿Ha sido víctima de violencia doméstica?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informé
<b>¿Existe historial de intentos suicidas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informé	<b>Indique el tipo de maltrato (marque todas las que aplique)</b> <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Explotación <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Institucional	
<b>¿Ha participado de reuniones de grupos de apoyo, de auto-ayuda, religiosos o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?</b>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda	<b>¿Cuántas veces ha participado de reuniones de grupos de apoyo, de auto-ayuda, religiosos o ha buscado ayuda de familiares, amigos u otros durante los pasados 30 días como apoyo a su proceso de recuperación?</b>  <input type="checkbox"/> No ha asistido en los pasados 30 días <input type="checkbox"/> 1-3 veces durante el pasado mes (menos de una vez semanal) <input type="checkbox"/> 4-7 veces durante el pasado mes (aprox. una vez semanal) <input type="checkbox"/> 8-15 veces durante el pasado mes (2 ó 3 veces semanales) <input type="checkbox"/> 16-30 veces durante el pasado mes (4 ó más veces por semana) <input type="checkbox"/> Ha asistido durante el pasado mes, pero se desconoce cuánto	

Diagnósticos DSM-5	Dx. Primario			Dx. Secundario			Dx. Terciario		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
<b>Trastornos clínicos</b> Anote el código, utilice palabras para describir el diagnóstico y circule el nivel del dx, si aplica.									
Trastornos de la personalidad y retardo mental									
Problemas psicosociales y ambientales (Para cada dx seleccione el que aplique según se provee en la leyenda*)									
<b>*Leyenda:</b>	1. Problemas con el grupo de apoyo 2. Problemas relacionados medio ambiente social 3. Problemas académicos			4. Problemas ocupacionales 5. Problemas de vivienda 6. Problemas económicos 7. Problemas acceso servicios de cuidado			8. Problemas relacionados al sistema legal/crimen 9. Otros 10. No aplica		
<b>Comentarios:</b> _____									
<b>Medidas de Funcionamiento</b> <input type="checkbox"/> CGAS <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> GAF (0-100%): _____									
<b>Otras observaciones:</b> _____									
<b>Diagnóstico concurrente de salud mental y uso de sustancias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									



# Utilización actual de Drogas o Sustancias

(Marque el tipo de droga [solo una por columna] que constituye el problema primario, secundario y terciario)

Droga de uso primario (Marque solo uno, la de uso principal)	Droga de uso secundario (Marque solo uno, la de uso secundario)	Droga de uso terciario (Marque solo uno, la de uso terciario)
<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball) <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Marihuana sintética <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Halucinógenos <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo <input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana) <input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball) <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Marihuana sintética <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Halucinógenos <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo <input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana) <input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiazepinas <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Otros opiáceos y opioides <input type="checkbox"/> Heroína +Cocaína (Speedball) <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Marihuana sintética <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Metanfetamina <input type="checkbox"/> PCP <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Halucinógenos <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Medicamentos no recetados <input type="checkbox"/> Tabaco/ cigarrillo <input type="checkbox"/> Anestesia de Caballo <input type="checkbox"/> Diablillo (Cocaína + Marihuana) <input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica
<b>Vía de utilización (principal)</b>	<b>Vía de utilización (principal)</b>	<b>Vía de utilización (principal)</b>
<input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral (bebida) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral (bebida) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> Inyectada <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Oral (bebida) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica
<b>Frecuencia de uso</b>	<b>Frecuencia de uso</b>	<b>Frecuencia de uso</b>
<input type="checkbox"/> No usó en el pasado mes <input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No usó en el pasado mes <input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No usó en el pasado mes <input type="checkbox"/> 1-3 veces al mes <input type="checkbox"/> 1-2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3-6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica
<b>Edad de inicio</b>	<b>Edad de inicio</b>	<b>Edad de inicio</b>

Comentarios: \_\_\_\_\_