

PROGRAMA LEY 22
PLANILLA EVALUATIVA

Fecha: _____

I. Datos de Identificación

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Apodo Núm. Caso Criminal

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento Edad Estado Civil

Escolaridad Núm. de Seguro Social Núm. de licencia de conducir

Estatura: _____ Peso: _____

Dirección Residencial:

Dirección Postal:

Teléfonos: celular _____ hogar _____ empleo _____

II. Referido

Honorable Tribunal que Refiere: _____ Motivos del Referido _____

1. Versión de los hechos:

III. Historial Social

1. Composición Familiar Actual

Nombre	Edad	Parentesco	Incapacidad Física o Mental	Comentarios

2. Status de empleo

	Sí	No
Tiempo completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En búsqueda de empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☐ Jubilado

☐

Pensionado

Especifique:

3. Ocupación _____

4. Estudiante: ☐ Sí ☐ No

Especifique: _____

5. Ingreso Familiar Mensual: _____

IV. Patrón de uso de bebidas alcohólicas

Frecuencia										
Tipo de bebida	Edad de inicio	Cantidad		Diaria		Semanal		Mensual		Lugar y tipo de ambiente
		Comienzo	Actual	Comienzo	Actual	Comienzo	Actual	Comienzo	Actual	

1. Una vez comienza a tomar, ¿qué pasa?

2. ¿Cómo se siente usted cuando toma? ¿Qué hace?

3. ¿Cuántos tragos usted necesita tomar para sentir los efectos del alcohol?

4. Cuando toma, ¿le han pasado cosas que luego no recuerda?

5. Luego de haber tomado, ¿se ha hecho promesas de que no beberá más?

6. ¿Ha dejado alguna vez de tomar?

a. ¿Por qué?

b. ¿Cuántas veces?

c. ¿Qué le hizo tomar nuevamente?

7. Si en estos momentos dejara totalmente de tomar, ¿cómo se sentiría?

8. ¿Hay algún miembro de su familia que se molesta o se preocupa cuando usted toma o por la forma que lo hace?

a. ¿Quién?

b. ¿Por qué?

c. ¿Por qué usted cree que esto ocurre?

d. ¿Cómo le hace sentir?

e. ¿Cree usted que tiene razón?

9. ¿Cómo son sus relaciones con sus vecinos?

10. ¿Tiene usted algún problema en su trabajo? (ausencias, relaciones con los compañeros, relaciones con los supervisores, accidentes, etc.)

V. Historial Médico

1. ¿Ha estado usted en tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No

a. Condiciones (mentales, físicas y/o contagiosas):

b. Medicamentos que tomaba:

2. ¿Está usted en tratamiento médico? ☐ Sí ☐ No

a. Condiciones (mentales, físicas y/o contagiosas)

b. Medicamentos que toma actualmente:

VI. Uso de Otras Drogas

Frecuencia					
Drogas	Cantidad	Diario	Semanal	Mensual	Observaciones

VII. Antecedentes Penales

1. ¿Ha tenido problemas con la Policía o la Justicia? ☐ Sí ☐ No

Explique si la respuesta es sí:

VIII. Observaciones:

IX. Entrevista a Familiar

Nombre: _____ Relación con el cliente: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Teléfonos: celular _____ hogar _____

Convive con el cliente: ☐ Sí ☐ No

X. Impresiones diagnósticas y recomendaciones

Firma del recurso: _____