

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)	Género <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro
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 (Hospitalización) <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
Militar <input type="checkbox"/> Guardia Nacional <input type="checkbox"/> <i>State Guard</i> <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	
Raza (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			Grupo étnico <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

Seguro de salud <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)	Fuente de pago <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
---	---

Estado marital <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión consensual <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Si es fémina <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 <input type="checkbox"/> No aplica Número de hijos	Si es varón <input type="checkbox"/> Sin hijos <input type="checkbox"/> Con hijos <input type="checkbox"/> No aplica Número de hijos
--	---	--

Condición laboral y/o de estudio <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo, tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudia y trabaja <input type="checkbox"/> No participa de la fuerza laboral	Si no participa de la fuerza laboral <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"/> Otros <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> No informo
--	---

Último grado completado <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)	Situación escolar al momento de admisión <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 <hr/> Desertor escolar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <hr/> Educación especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

¿Con quién vive la persona? <input type="checkbox"/> Vive solo <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) solamente <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Esposo(a) o compañero(a) solamente <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Personas no emparentadas <input type="checkbox"/> No informo	Residencia <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)	Fuente de ingreso <input type="checkbox"/> Salario /Jornal <input type="checkbox"/> Pensión (por retiro) /seguro social <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional <input type="checkbox"/> Programa 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 informo
Tamaño familiar		Tiempo en residencia <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

Municipio de residencia <div> <div> (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 </div> <div> (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 </div> <div> (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 </div> <div> (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 </div> <div> (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 </div> <div> (76) Villalba (77) Yabucoa (78) Yauco (96) No informo </div> </div>					
--	--	--	--	--	--

INFORMACIÓN RELACIONADA AL EPISODIO (ESTE EPISODIO)

Etapa de servicio <input type="checkbox"/> Admisión <input type="checkbox"/> Readmisión <input type="checkbox"/> Traslado	Indicar nivel de cuidado para el uso de sustancias <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)
¿Co-dependiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Usa medicamento como parte del tratamiento contra la dependencia de opiáceos? <input type="checkbox"/> Metadona <input type="checkbox"/> Buprenorfina <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica (salud mental)		Días de espera para entrar a tratamiento

Indicar nivel de cuidado de salud mental <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)
		Días de espera para entrar a tratamiento

Fuente de referido <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <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 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Plan de salud del gobierno <input type="checkbox"/> Centro de tx por 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 </div> <div style="width: 33%;"> <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) </div> </div>		
--	--	--

Estado legal del referido <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Drug Court (247.1) <input type="checkbox"/> Drug Court (404) <input type="checkbox"/> Drug Court (404 B) <input type="checkbox"/> Drug Court Juvenil <input type="checkbox"/> Ley 22 <input type="checkbox"/> Ley 30 <input type="checkbox"/> Ley 54 <input type="checkbox"/> Ley 67 </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Ley 78 <input type="checkbox"/> Ley 59 <input type="checkbox"/> Ley 408 <input type="checkbox"/> Ley 1155 <input type="checkbox"/> Regla 240 <input type="checkbox"/> Regla 241 <input type="checkbox"/> Probatoria <input type="checkbox"/> TASC </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> TASC Juvenil <input type="checkbox"/> Ley 177 <input type="checkbox"/> Ley 188 <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> No aplica (No intervenido por justicia) </div> </div>	¿Ha sido arrestado durante los pasados 30 días? (antes de la admisión) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Ha sido arrestado alguna vez en su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Número de arrestos en los pasados 30 días

Problema con la justicia/ faltas cometidas <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <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 </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Desacato <input type="checkbox"/> Conducir bajo efectos de droga o 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 </div> </div>

Datos de Salud General

¿Tiene historial de...?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Persona viviendo con VIH |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Persona viviendo con SIDA |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Síndromes metabólicos |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Trastornos asociados a la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Sordera |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Ceguera |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis de tipo desconocido | <input type="checkbox"/> Otro Impedimento Físico |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico |
| | <input type="checkbox"/> Ningún diagnóstico |

Información del episodio anterior de **servicios de uso de sustancias**

Tiempo desde la última alta de servicio para uso de sustancias _____ Días _____ Meses		Duración del último episodio de servicio de uso de sustancias <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	
Episodios previos al tratamiento <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 ó más <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Nivel de cuidado del episodio anterior de sustancias <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 del episodio anterior de **servicios de salud mental**

Episodios previos al tratamiento <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 ó más <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No información <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> No aplica		Duración del último episodio de servicio de salud mental <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 (No ha tenido episodios de SM)	
Tiempo desde la última alta de servicio de salud mental _____ Días _____ Meses		Nivel de cuidado del episodio anterior de salud mental <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

¿Existe historial de ideas suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informo	¿Existe historial de maltrato en la niñez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informo	¿Ha sido víctima de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No informo
¿Existe historial de intentos suicidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No recuerda <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No informo	Indique el tipo de maltrato <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Explotación <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Institucional	
¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerda		¿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? <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	Dx. Primario			Dx. Secundario			Dx. Terciario		
	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo	Leve	Moderado	Severo
Trastornos clínicos Utilizar palabras para describir el diagnóstico.
Trastornos de la personalidad y retardo mental									
Problemas psicosociales y ambientales									
Comentarios: Funcionamiento global: _____ Otras observaciones: _____ _____ _____ _____							Diagnósticos concurrentes de salud mental y uso de sustancias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Droga de uso primario	Droga de uso secundario	Droga de uso terciario
<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Anfetaminas <input type="checkbox"/> Barbitúricos <input type="checkbox"/> Benzodiacepinas <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"/> Percocet <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Alucinógenos <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"/> Xanax <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"/> Benzodiacepinas <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"/> Percocet <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Alucinógenos <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"/> Xanax <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"/> Benzodiacepinas <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"/> Percocet <input type="checkbox"/> Inhalantes <input type="checkbox"/> Alucinógenos <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"/> Xanax <input type="checkbox"/> Otro(s) <input type="checkbox"/> No usa actualmente <input type="checkbox"/> No informo <input type="checkbox"/> No aplica
Vía de utilización <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	Vía de utilización <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	Vía de utilización <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
Frecuencia de uso <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	Frecuencia de uso <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	Frecuencia de uso <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
Edad de inicio	Edad de inicio	Edad de inicio

Comentarios
