

Cuestionario – Drogas

Apellidos:
 Nombre:
 Fecha nacimiento:

(nombre dirección y teléfono del médico)

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.

Rogamos contestar todas las preguntas y proporcionar toda la información solicitada.

Talla: _____ Peso : _____

Presión arterial: _____ / _____ tratada no Fecha: _____

tratada

¿Consumes o ha consumido alguna vez una de las siguientes drogas, excepto como tratamiento de alguna afección y bajo supervisión médica?

| | No | Si | Detalles | Fecha(s) |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------|----------------------------|
| ▪ Anfetaminas ej. "Extasis", "Ice", MDMA, "Speed (rápido)", "Pepass", etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Barbitúricos ej. "Tranquilizantes", etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Cannabis ej. "Hachis", "Marihuana", "Hierba", "Porro", etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Cocaína ej. "Coca", "Crack", "Nieve", etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Alucinógenos ej. "Acido", "Polvo de ángel", "Haze", "LSD", "Microdots", etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Hierbas ej. catnip, narcóticos, kavakava, lobelia, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Opiáceos ej. Codeína, Heroína, Metadona, Morfina, Opio, "Smack", etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Sedativos ej. Diazepam, Tranquilizantes, Nitrazepam, "Tranks", etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Solventes ej. Aerosoles, pegamento, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |
| ▪ Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿cuál? _____ | desde _____ hasta _____ |



| | No | Si | Detalles | Fecha(s) |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------------|
| Tratamiento médico | | | | |
| actual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cuál ? _____ | desde _____ |
| anterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | cuál ? _____ | desde _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> interrumpido | desde _____ |
| ¿Ha sido sometido a algún tratamiento médico por uso de drogas o desintoxicación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | desde _____ |
| (nombre y dirección del médico) | | | | hasta _____ |
| ¿Ha padecido alguna enfermedad relacionada con el uso de drogas? ej. hepatitis B, infección por VIH, enfermedad mental, etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Por favor, de detalles _____ | |
| | | | _____ | |
| | | | _____ | |
| | | | _____ | |
| ¿Ha abandonado el consumo de drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | desde _____ |

*** IMPORTANTE:** se ruega proporcionar cualquier información adicional que pueda ayudar en la evaluación del riesgo.

FECHA:

FIRMA DEL SOLICITANTE