**Instituto para la Salud y la Recuperación**

**Herramienta de cribado integrada**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** |
| **Padres**¿Alguno de tus padres tuvo un problema con el consumo de alcohol u otras drogas? |   |   |
| **Compañeros**¿Alguno de tus amigos tiene un problema con el consumo de alcohol u otras drogas? |   |   |
| **Socio**¿Tu pareja tiene un problema con el consumo de alcohol u otras drogas? |   |   |
| **Violencia**¿Se siente inseguro de alguna manera en su relación con su pareja actual? |   |   |
| **Salud emocional**Durante las últimas semanas, ¿la preocupación, la ansiedad, la depresión o la tristeza le han hecho difícil hacer su trabajo, llevarse bien con la gente o ocuparse de las cosas en casa? |   |   |
| **Pasado**En el pasado, ¿has tenido dificultades en tu vida debido al alcohol u otras drogas, incluidos los medicamentos recetados? |   |   |
| **Presente**En el último mes, ¿has bebido alcohol o consumido otras drogas?1.¿Cuántos **días al mes** bebes? \_\_\_\_\_ 2.¿Cuántas **bebidas** en **un día determinado? \_\_\_\_\_** 3.¿Con qué frecuencia tomó 4 o más bebidas por día en el último **mes?**    \_\_\_\_\_ |   |   |
| **Fumar**¿Has fumado cigarrillos en los últimos tres meses? |  |  |