

Secretaría de Salud
Dirección General de Epidemiología
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones

Fecha de elaboración

--	--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

Número de identificación

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Fecha de nacimiento Edad Entidad de residencia _____

Sexo 1 Masculino 2 Femenino Embarazo 1 Sí 2 No Municipio de residencia _____

Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

¿Cuál es su ocupación principal?

- | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|------------|----|-------------|
| 1 | Estudiante de tiempo completo | 4 | Tiene menos de 6 meses en su actual empleo | 7 | Hogar | 10 | Otra _____ |
| 2 | Estudiante con actividad laboral | 5 | Desempleado (busca empleo) | 8 | Pensionado | 88 | No sabe |
| 3 | Tiene empleo estable de más de 6 meses | 6 | Desocupado (no busca empleo) | 9 | No aplica | 99 | No responde |

¿Cuál es su grado máximo de estudios?

- | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Primaria | <input type="checkbox"/> 3 | Escolaridad técnica | <input type="checkbox"/> 5 | Licenciatura | <input type="checkbox"/> 7 | No sabe leer ni escribir | <input type="checkbox"/> 9 | No aplica | <input type="checkbox"/> 99 | No responde |
| <input type="checkbox"/> 2 | Secundaria | <input type="checkbox"/> 4 | Bachillerato | <input type="checkbox"/> 6 | Maestría / Doctorado / Especialidad | <input type="checkbox"/> 8 | Sabe leer y escribir | <input type="checkbox"/> 88 | No sabe | | |

¿Cuál es su estado civil?

- 1 Soltero(a) 2 Casado(a) 3 Unión libre 4 Separado(a) 5 Divorciado(a) 6 Viudo(a) 7 No aplica 88 No sabe 99 No responde

Lugar del Consejo Tutelar o Centro Penitenciario (Centro Juvenil de Reincisión Psicosocial)

Entidad _____ Jurisdicción _____ Municipio _____

**Nombre del Consejo Tutelar o Centro Penitenciario
(Centro Juvenil de Reinserción Psicosocial)**

ANTECEDENTES DE INGRESO

Incluyendo esta ocasión, ¿cuántas veces ha ingresado a este tipo de Centros? (Si es uno, pase al motivo de ingreso)

Durante su estancia en otros Consejos Tutelares o Centros Penitenciarios (Centros Juveniles de Reinserción Psicosocial) ¿consumió sustancias y/o drogas?

En esta ocasión el motivo del ingreso es por:

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Robo | <input type="checkbox"/> 4 | Delitos contra la salud | <input type="checkbox"/> 7 | Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> 2 | Actos violentos | <input type="checkbox"/> 5 | Delito sexual | | |
| <input type="checkbox"/> 3 | Portación de arma de fuego | <input type="checkbox"/> 6 | Portación de arma punzocortante | | |

¿En esta ocasión cometió el delito bajo el efecto de alguna(s) sustancia(s) o droga(s)? 1 Si 2 No

Anote la sustancia(s) o droga(s) 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

¿El delito que cometió, lo llevó a cabo para conseguir droga para su propio consumo? 1 Si 2 No

¿Consumo habitualmente algún tipo de sustancia(s) o drogas(s), incluyendo tabaco y/o alcohol?

PATRÓN DE CONSUMO Recuerde anotar detalladamente el orden en que la persona fue consumiendo cada una de las sustancias y/o drogas

EL ALCOHOL Y EL TABACO TAMBIÉN SON DROGAS Y PUEDEN APARECER COMO DROGA DE INICIO

Tipo de droga	Nombre de la droga	Consumo en el último año	Edad de uso por 1 vez	* Forma de administración	** Consumo actual	Cuántas veces
Droga de INICIO		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Segunda droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tercera droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cuarta droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Quinta droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Sexta droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Séptima droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Octava droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Novena droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Décima droga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

*** Forma de administración**

- | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Fumada | <input type="checkbox"/> 4 Inyectada | <input type="checkbox"/> 7 Ingerida | <input type="checkbox"/> 88 No sabe |
| <input type="checkbox"/> 2 Inhalada | <input type="checkbox"/> 5 Tópica | <input type="checkbox"/> 8 Masticada | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
| <input type="checkbox"/> 3 Intranasal (esnifada) | <input type="checkbox"/> 6 Otras mucosas | <input type="checkbox"/> 9 Otra _____ | |

**** Consumo actual**

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Diario | <input type="checkbox"/> 3 Mensual |
| <input type="checkbox"/> 2 Semanal | <input type="checkbox"/> 4 Anual |

CONDUCTAS DE RIESGO

¿Alguna vez ha usado sustancias y/o drogas inyectadas?

¿Alguna vez ha compartido una jeringa para inyectarse sustancias y/o drogas?

La última vez que se inyectó sustancias y/o drogas, ¿Lo hizo con una jeringa que nadie más había usado antes que usted?

¿Consumo sustancias y/o drogas combinadas?

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 88 No sabe | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
| <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 88 No sabe | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
| <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 88 No sabe | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
| <input type="checkbox"/> 1 Sí | <input type="checkbox"/> 2 No | | |

¿Cuáles principalmente? 1) _____ 2) _____ 3) _____

¿Alguna vez ha conducido un vehículo de motor bajo el influjo de alcohol u otras drogas? 1 Sí 2 No 88 No sabe 99 No responde

¿Padece alguna enfermedad? Cuál(es) 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

DISPONIBILIDAD DE LAS SUSTANCIAS Y/O DROGAS

¿En qué lugar consigue con mayor frecuencia las sustancias y/o drogas que consume?

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 En su propia casa | <input type="checkbox"/> 5 En antros, bares | <input type="checkbox"/> 9 En tiendas cercanas a su casa | <input type="checkbox"/> 88 No sabe |
| <input type="checkbox"/> 2 Se la llevan a su casa | <input type="checkbox"/> 6 En fiestas o reuniones | <input type="checkbox"/> 10 Parques | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
| <input type="checkbox"/> 3 En casa de un amigo o familiar | <input type="checkbox"/> 7 En la escuela | <input type="checkbox"/> 11 Picaderos | |
| <input type="checkbox"/> 4 En la calle | <input type="checkbox"/> 8 En el trabajo | <input type="checkbox"/> 12 Otro _____ | |

¿En qué lugar acostumbra consumir con más frecuencia las sustancias y/o drogas?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 En su propia casa | <input type="checkbox"/> 4 En antros, bares | <input type="checkbox"/> 7 En el trabajo | <input type="checkbox"/> 88 No sabe |
| <input type="checkbox"/> 2 En casa de un amigo o familiar | <input type="checkbox"/> 5 En fiestas o reuniones | <input type="checkbox"/> 8 En picaderos | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
| <input type="checkbox"/> 3 En la vía pública (calles, parques, etc.) | <input type="checkbox"/> 6 En la escuela | <input type="checkbox"/> 9 Otro _____ | |