

**Secretaría de Salud**  
Dirección General de Epidemiología  
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones  
**SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS**

Folio

               

Fecha de elaboración

       

Día

Mes

Año

Número de identificación

               
**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Fecha de nacimiento

       

Día

Mes

Año

Edad

  

Entidad de residencia \_\_\_\_\_

Sexo ☐ 1 Masculino ☐ 2 FemeninoEmbarazo ☐ 1 Sí ☐ 2 No

Municipio de residencia \_\_\_\_\_

Nombre:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

**¿Cuál es su ocupación principal?**

- |   |   |                                       |   |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Estudiante de tiempo completo          | <input type="checkbox"/> 4 Tiene menos de 6 meses en su actual empleo | <input type="checkbox"/> 7 Hogar      | <input type="checkbox"/> 10 Otra _____  |
| <input type="checkbox"/> 2 Estudiante con actividad laboral       | <input type="checkbox"/> 5 Desempleado (busca empleo)                 | <input type="checkbox"/> 8 Pensionado | <input type="checkbox"/> 88 No sabe     |
| <input type="checkbox"/> 3 Tiene empleo estable de más de 6 meses | <input type="checkbox"/> 6 Desocupado (no busca empleo)               | <input type="checkbox"/> 9 No aplica  | <input type="checkbox"/> 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?**

- |                                       |                                      |  |  |  |                                     |                                      |                                     |   |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Soltero(a) | <input type="checkbox"/> 2 Casado(a) | <input type="checkbox"/> 3 Unión libre | <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) | <input type="checkbox"/> 5 Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> 6 Viudo(a) | <input type="checkbox"/> 7 No aplica | <input type="checkbox"/> 88 No sabe | <input type="checkbox"/> 99 No responde |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|

**Lugar de la unidad médica hospitalaria**

Entidad \_\_\_\_\_ Jurisdicción \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

**Nombre del Hospital****CONSUMO DE SUSTANCIAS****¿El paciente clínicamente llegó bajo el efecto de alguna(s) sustancia(s) o droga(s)?** ☐ 1 Sí ☐ 2 No

- ☐ 1 Sí (cuáles) 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

**¿El paciente presenta lesiones por causa externa?**☐ 1 Sí (cuáles) ☐ 2 No

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Atropellado                                | <input type="checkbox"/> 8 Maquinaria                               | <input type="checkbox"/> 14 Intoxicación o envenenamiento         |
| <input type="checkbox"/> 2 Accidente automovilístico                  | <input type="checkbox"/> 9 Piquete o mordedura                      | <input type="checkbox"/> 15 Sustancias, vapor u objetos calientes |
| <input type="checkbox"/> 3 Caída                                      | <input type="checkbox"/> 10 Quemadura por fuego o quemadura química | <input type="checkbox"/> 16 Congelamiento                         |
| <input type="checkbox"/> 4 Trauma por objeto contundente o persona    | <input type="checkbox"/> 11 Sustancias líquidas, sólidas o gaseosas | <input type="checkbox"/> 17 Sobredosis accidental                 |
| <input type="checkbox"/> 5 Aplastamiento                              | <input type="checkbox"/> 12 Corriente eléctrica                     | <input type="checkbox"/> 18 Sobredosis autoinfligida (suicidio)   |
| <input type="checkbox"/> 6 Proyectil de arma de fuego                 | <input type="checkbox"/> 13 Asfixia o sofocación                    | <input type="checkbox"/> 19 Envenenamiento suicida                |
| <input type="checkbox"/> 7 Objetos punzocortantes o punzocontundentes |   |   |

**Lugar dónde ocurrió la lesión**

- |                                    |  |                                       |   |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Hogar   | <input type="checkbox"/> 3 Vía pública         | <input type="checkbox"/> 5 Trabajo    | <input type="checkbox"/> 7 Se desconoce |
| <input type="checkbox"/> 2 Escuela | <input type="checkbox"/> 4 Sitio de recreación | <input type="checkbox"/> 6 Otro _____ |   |

### ¿El paciente ingresó por alguna patología de base?

1	Bronquitis / enfisema / asma	5	Afección neurológica	9	Afección gineco-obstetra
2	Cáncer tráquea / bronquios / pulmón	6	Cirrosis / gastritis	10	Afección osteo-muscular
3	Enfermedades del corazón	7	Urgencia quirúrgica	11	Diabetes Mellitus
4	Hipertensión	8	Psicosis alcohólica / sustancias(drogas)	12	Otra _____

### ¿Consumes algún tipo de sustancia(s) (droga)(s) incluyendo tabaco y/o alcohol?

1	Sí (continúe el cuestionario)	0	No (finalice el cuestionario)
---	-------------------------------	---	-------------------------------

### PATRÓN DE CONSUMO Recuerde anotar detalladamente el orden en que el usuario 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 1a vez	* Forma de administración	** Consumo actual	Cuántas veces
<b>Droga de INICIO</b>	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Segunda droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tercera droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuarta droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Quinta droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexta droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Séptima droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Octava droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Novena droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Décima droga	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### \* Forma de administración

1	Fumada	4	Inyectada	7	Ingerida	88	No sabe
2	Inhalada	5	Tópica	8	Masticada	99	No responde
3	Intranasal (esnifada)	6	Otras mucosas	9	Otra _____		

#### \*\* Consumo actual

1	Diario	3	Mensual
2	Semanal	4	Anual

### Datos relevantes para la aplicación de este cuestionario

- 1) Este cuestionario es uno de los instrumentos utilizados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones y se aplica dos veces por año durante las semanas típicas.
- 2) Las semanas típicas se caracterizan porque en ellas o dos semanas previas no existen celebraciones públicas que se relacionan con el incremento de consumo de sustancias.
- 3) El cuestionario se aplica a todo paciente de cinco años o más que acude al servicio de urgencias, en cualquiera de los turnos, durante la semana típica.
- 4) Con la información recabada, se puede conocer el perfil de los consumidores de sustancias legales o ilegales y su asociación con las lesiones de causa externa.
- 5) La información derivada de este sistema, puede consultarse en la siguiente dirección: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf\\_sisvea.html](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf_sisvea.html)