

Secretaría de Salud  
Dirección General de Epidemiología  
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones  
**CONSEJOS TUTELARES PARA MENORES Y CENTROS PENITENCIARIOS**  
**CENTROS JUVENILES DE REINSERCIÓN PSICOSOCIAL**

Tutelar  Cárcel

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Fecha de nacimiento       
Día Mes Año

Edad     
Día Mes Año

Fecha de elaboración      
Día Mes Año

¿Se considera  1  2  
indígena?  
Sí No

Lengua indígena que habla \_\_\_\_\_

¿Es usted  1  2  
migrante?  
Sí No

Fecha de ingreso a     
México Día Mes Año

País de nacionalidad \_\_\_\_\_

País de origen \_\_\_\_\_

Países de tránsito en los últimos 3 meses: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Anónimo  1  2  
Sí No

Primer apellido \_\_\_\_\_

Segundo apellido \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Sexo  1  2  
Masculino Femenino

Embarazo  1  2  
Sí No

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

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

**¿Cuál es su ocupación actual?**

1 Estudiante de tiempo completo  
 2 Estudiante con actividad laboral  
 3 Tiene empleo estable de más de 6 meses

4 Tiene menos de 6 meses en su actual empleo  
 5 Desempleado (busca empleo)  
 6 Desocupado (no busca empleo)

7 Hogar  
 8 Pensionado  
 9 No aplica  
 10 Otra \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su grado máximo de estudios?**

1 Primaria  
 2 Secundaria

3 Escolaridad técnica  
 4 Bachillerato

5 Licenciatura  
 6 Maestría / Doctorado / Especialidad

7 No sabe leer ni escribir  
 8 Sabe leer y escribir

9 No aplica  
 88 No sabe

99 No responde

**¿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 Reinscripción Psicosocial)**

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

Nombre del Consejo Tutelar o Centro Penitenciario  
(Centro Juvenil de Reinscripción 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 otras Cárcel o Consejos Tutelares ¿consumió sustancias y/o drogas?  1 Si  2 No  88 No sabe  99 No responde

En esta ocasión el motivo del ingreso es por:

1 Robo  
 2 Actos violentos  
 3 Portación de arma de fuego

4 Delitos contra la salud  
 5 Delito sexual  
 6 Portación de arma punzocortante

7 Otra \_\_\_\_\_

¿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?  1 Si (continúe la entrevista)  2 No (finalice la entrevista)

**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**

	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				
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"/> 99	No responde
<input type="checkbox"/> 2	Inhalada	<input type="checkbox"/> 5	Tópica	<input type="checkbox"/> 8	Masticada	<input type="checkbox"/> 99	No responde	<input type="checkbox"/> 99	No responde
<input type="checkbox"/> 3	Intranasal (esnifada)	<input type="checkbox"/> 6	Otras mucosas	<input type="checkbox"/> 9	Otra _____			<input type="checkbox"/> 99	No responde

**\*\* 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 _____		