

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

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOSFecha de nacimiento Dia Mes AñoEdad Fecha de elaboración Dia Mes Año¿Se considera 1 Sí 2 No

Lengua indígena que habla _____

¿Es usted 1 Sí 2 No

País de origen _____

Desconocido 1 Sí 2 No _____

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre(s)

Sexo 1 Masculino 2 FemeninoEmbarazo 1 Sí 2 No

Entidad de residencia _____

Municipio de residencia _____

¿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 | <input type="checkbox"/> 99 No responde |

¿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 Si 2 No

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Sí (cuáles) | 1 _____ 2 _____ 3 _____ |
| 4 _____ | 5 _____ |

¿El paciente presenta lesiones por causa externa?

 1 Si (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 Pique 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 | | <input type="checkbox"/> 20 Otra _____ |

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?

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

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

- 1 Sí (continúe el cuestionario) 2 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
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

Datos relevantes para la aplicación de este cuestionario

- 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.
- Las semanas típicas no deben coincidir con celebraciones públicas ni religiosas, ya que generan un incremento en el consumo de sustancias.
- 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.
- 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.
- La información derivada de este sistema, puede consultarse en la siguiente dirección: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf_sisvea.html