

CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN NO GUBERNAMENTALES

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		Fecha de nacimiento				Edad				Fecha de elaboración			
¿Se considera indígena?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Día Mes Año						Día Mes Año			
Sí No		Lengua indígena que habla				¿Es usted migrante?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha de ingreso a México			
						Sí No				Día Mes Año			
País de nacionalidad				País de origen									
Países de tránsito en los últimos 3 meses: 1) 2) 3) Otro:													
Anónimo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)						
Sí No													
Sexo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Embarazo		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Entidad de residencia		Municipio de residencia				
Masculino Femenino					Sí No								

¿Cuál es su ocupación actual?

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?

1	Primaria	3	Escolaridad técnica	5	Licenciatura	7	No sabe leer ni escribir	9	No aplica	99	No responde
2	Secundaria	4	Bachillerato	6	Maestría / Doctorado / Especialidad	8	Sabe leer y escribir	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 Centro de TratamientoEntidad _____ Jurisdicción _____ Municipio _____**Nombre del Centro de Tratamiento**

ANTECEDENTES DE BÚSQUEDA DE APOYO

¿En este año, ha acudido a este tipo de Centro o algún otro? ☐ 1 Es la primera vez en el año ☐ 2 Ya había acudido en este año ☐ 88 No sabe ☐ 99 No responde

¿En toda su vida, incluyendo esta ocasión ¿cuántas veces ha estado en este tipo de Centros? Número de veces

--	--	--

En esta ocasión, acude a este Centro

1	Voluntariamente	4	Lo llevaron amigos / familiares	7	Otros _____
2	Por indicación médica	5	Por indicación legal	88	No sabe
3	Por indicación médica psiquiátrica	6	Por indicación de la escuela / trabajo	99	No responde

(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 E IMPACTO

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	<input type="text"/>			
Segunda droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Tercera droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Cuarta droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Quinta droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Sexta droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Séptima droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Octava droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Novena droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Décima droga		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			
Droga de IMPACTO		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>			

Lugar de consumo de la DRUGA DE IMPACTO		* Forma de administración						** Consumo actual			
Entidad _____	1 Fumada	4 Inyectada	7 Ingerida	10 Cigarro electrónico, vapeo, vaping	88 No sabe	1 Diario	3 Mensual				
Municipio _____	2 Inhalada	5 Aplicada en piel(parches)	8 Masticada		99 No responde	2 Semanal	4 Anual				
	3 Intranasal(esnifada)	6 Otras mucosas	9 Otra _____			5 Ya no la consume					

CONDUCTAS DE RIESGO

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

1 Sí 2 No 88 No sabe 99 No responde

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

1 Sí 2 No 88 No sabe 99 No responde

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

1 Sí 2 No 88 No sabe 99 No responde

¿Consume sustancias y/o drogas mezcladas?

1 Sí 2 No 88 No sabe 99 No responde

¿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 por la que acude a tratamiento?

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------|
| 1 En su casa | 5 En antros, bares | 9 En lugares de venta | 88 No sabe |
| 2 Se la llevan a su casa | 6 En fiestas o reuniones | 10 Parques | 99 No responde |
| 3 En casa de un amigo o familiar | 7 En la escuela | 11 Picaderos | |
| 4 En la calle | 8 En el trabajo | 12 Otro _____ | |

¿En qué lugar acostumbra consumir con más frecuencia las sustancias y/o drogas por la que acude a tratamiento?

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

DEPENDENCIA A LA DROGA DE IMPACTOLa siguiente sección evalúa la dependencia a la droga de impacto, por tal motivo en los espacios en blanco, debe de referir la sustancia que el usuario haya indicado como **DROGA DE IMPACTO**.

En los últimos 12 meses

¿Usó en más de cinco ocasiones _____ para estimularse, relajarse, sentirse mejor o sentirse más activo o alerta?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTINÚE**Tolerancia**

1a. ¿Se dio cuenta de que tenía que usar más cantidad que antes de _____ para lograr el efecto deseado?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

1b. ¿Notó que la misma cantidad de _____ le hacía menos efecto que antes?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

1c. ¿Alguna vez se dio cuenta de que necesitaba más cantidad de _____ para lograr el mismo efecto?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

Compulsión

2a. ¿Ha sentido un deseo o necesidad tan fuerte de consumir _____ que no pudo evitar hacerlo?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

2b. ¿Ha deseado consumir _____ tan desesperadamente que no podía pensar en nada más?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

Dificultad para controlar el consumo

3a. ¿Hubo ocasiones en que quiso suspender o disminuir el consumo de _____ Si fue así ¿Ha sido siempre capaz de disminuir su uso por lo menos durante un mes?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

3b. ¿Ha tenido periodos en los que usó _____ en mayor cantidad o por más tiempo de lo que se proponía, o se le hizo difícil suspender el consumo, antes de sentirse intoxicado?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

1 Sí 0 No

Abstinencia

4a. En las horas o días siguientes a suspender o disminuir el uso de _____ ¿Alguna vez tuvo malestares como temblores, sudores, no poder dormir, dolor de cabeza o estómago, etc.?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

4b. ¿Utilizó _____ u otra droga para evitar tener malestares como los que acaba de mencionar?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

Reducción progresiva

5a. ¿Ha habido ocasiones en que dedicaba mucho tiempo en conseguir _____?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

5b. ¿Ha pasado mucho tiempo consumiendo o recuperándose de los efectos de _____?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

5c. ¿Ha descuidado o suspendido actividades importantes como estudios, deportes, trabajo, compartir con amigos o familiares, por conseguir o usar _____?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

Uso persistente

6a. ¿Ha tenido problemas de salud, como sobredosis accidental, tos persistente, convulsiones, infecciones, hepatitis, abscesos, SIDA, problemas cardíacos u otra lesión relacionada con el uso de _____?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

6b. ¿Continuó usando _____ aún después de presentar estos problemas de salud?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

6c. ¿Ha tenido problemas psicológicos o sociales asociados al uso de _____, como sentirse deprimido, extraño o perseguido, o presentar fracasos laborales, conflictos familiares, actos de violencia, accidentes, etc.?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No

6d. ¿Continuó consumiendo _____ aún después de saber que se relacionaba con alguno de estos problemas?

Droga de Impacto

1 Sí 0 No