

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

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**Fecha de nacimiento      
Día Mes AñoEdad   Fecha de elaboración     
Día Mes Año¿Se considera  1  2  
indígena?  
Sí  No

Lengua indígena que habla \_\_\_\_\_

¿Es usted  1  2  
migrante?  
Sí  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 Sí  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](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf_sisvea.html)