

## TCU DRUG SCREEN II

Durante los últimos 12 meses (antes de estar encarcelado, si se aplica)

	Sí	No
1. ¿Usó cantidades mayores de drogas o las usó por un período más largo de tiempo de lo que había planeado o previsto? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Trató de disminuir el uso de drogas pero no le fue posible hacerlo? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se pasó mucho tiempo obteniendo drogas, usándolas o recuperándose de su uso? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4a. ¿Llegó a ponerse en un estado tan eufórico o enfermo por las drogas que no pudo trabajar, ir a la escuela u ocuparse de niños? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4b. ¿Llegó a ponerse en un estado tan eufórico o enfermo por las drogas que causó un accidente o lo expuso a usted u a otros en peligro?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Se pasó menos tiempo en el trabajo, en la escuela o con amigos para poder usar drogas?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6a. ¿Su uso de drogas ocasionó problemas emocionales o psicológicos? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. ¿Su uso de drogas ocasionó problemas con la familia, el trabajo o la policía? ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6c. ¿Su uso de drogas ocasionó problemas de salud física o médicos? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Aumentó la cantidad de una droga que estaba tomando para poder obtener los mismos efectos de antes? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Alguna vez siguió tomando una droga para evitar síntomas de retiro o enfermarse? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Se enfermó o manifestó síntomas de retiro cuando dejó de usar o suspendió el uso de una droga? .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Cual es la droga que le ha ocasionado los problemas mas graves? [ESCOJA UNA]		
○ Ninguna		
○ Alcohol		
○ Marihuana/Hashís		
○ Alucinógenos/LSD/PCP/drogas psicodélicas/Hongos		
○ Inhalantes		
○ Crack/Freebase		
○ Heroína y Cocaína en combinación (Speedball)		
○ Cocaína (sola)		
○ Heroína (sola)		
○ Metadona de la calle (sin receta médica)		
○ Otros opiáceos/Opio/Morfina/Demerol		
○ Metanfetaminas		
○ Anfetaminas y otros estimulantes (uppers)		
○ Tranquilizantes/barbitúricos/calmanes (downers)		

¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ CADA TIPO DE DROGA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	NUNCA	SOLO UNAS CUANTAS VECES	1-3 VECES AL MES	1-5 VECES POR SEMANA	CASI TODOS LOS DIAS
11a. Alcohol .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11b. Marihuana/Hashís .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11c. Alucinógenos/LSD/PCP/drogas psicodélicas/Hongos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11d. Inhalantes .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11e. Crack/Freebase .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11f. Heroína y Cocaína en combinación (Speedball) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11g. Cocaína (sola) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11h. Heroína (sola) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11i. Metadona de la calle (sin receta médica) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11j. Otros opiáceos/Opio/Morfina/Demerol ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11k. Metanfetaminas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11l. Anfetaminas y otros estimulantes (uppers) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11m. Tranquilizantes/barbitúricos/calmantes (downers) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11n. Otras drogas (especifique) _____.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se inyectó drogas con una aguja?

- Nunca*   
  *Sólo unas cuantas veces*   
  *1-3 veces al mes*   
  *1-5 veces por semana*   
  *A diario*

13. ¿Qué tan serio piensa usted son sus problemas con las drogas?

- Nada en lo absoluto*   
  *Un poco*   
  *Moderado*   
  *Considerable*   
  *Extremado*

14. ¿Cuántas veces antes de ahora ha participado en un programa de tratamiento de drogas? (No incluya reuniones de AA/ NA/ CA)

- Nunca*   
  *1 vez*   
  *2 veces*   
  *3 veces*   
  *4 veces o más*

15. ¿Qué tan importante le es a usted recibir tratamiento para las drogas ahora?

- Nada en lo absoluto*   
  *Un poco*   
  *Moderado*   
  *Considerable*   
  *Extremado*