

13. ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ CADA TIPO DE DROGA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Nunca	A Veces	1-3 Veces Al Mes	1-5 Veces por Semana	Todos Los Días
a. Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Cannabinoides – Marihuana (<i>weed</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Cannabinoides – Hachís (<i>hash</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Marihuana Sintética (<i>K2/Spice</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Natural Opioides – Heroína (<i>smack</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Synthetic Opioides – Fentanilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Estimulantes – Cocaína en Polvo (<i>coke</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Estimulantes – Crack Cocaína (<i>rock</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Estimulantes – Anfetaminas (<i>speed</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Estimulantes – Metanfetaminas (<i>meth</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Synthetic Cathinones (<i>Sales de baño</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Club Drugs – MDMA/GHB/Rohypnol (<i>Ecstasy</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Drogas Disociativas – Ketamine/PCP (<i>Special K</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Alucinógenos/LSD /Hongos (<i>acid</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Inhalantes – Disolventes (<i>paint thinner</i>)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Medicinas con Receta – Depresantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Medicinas con Receta – Estimulantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Medicinas con Receta – Analgésicos Opioides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Otra (especifique).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 serio piensa usted son sus problemas con las drogas?

- Nada en lo absoluto*
 Un poco
 Moderado
 Considerable
 Extremado

16. 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

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

- Nada en lo absoluto*
 Un poco
 Moderado
 Considerable
 Extremado