|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| | | | | | | | | | | | | || | || | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Client ID# Today’s Date | Facility ID# | Zip Code Administration |

TCU Drug Screen 5

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? ..............................................................................  

1. ¿Trató de disminuir el uso de drogas pero no le fue posible hacerlo? ...........................  
2. ¿Se pasó mucho tiempo obteniendo drogas, usándolas o recuperándose de su uso? ......  

4. ¿Tuvo un deseo muy fuerte o urgencia de usar drogas? .................................................  

1. ¿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? ..................................  

1. ¿Continuó el uso de drogas aunque le causaron problemas sociales o

interpersonales? ..............................................................................................................  

1. ¿Se pasó menos tiempo en el trabajo, en la escuela, o con amigos debido a su

uso de drogas? .................................................................................................................  

1. ¿Usó drogas que lo puso a usted u a otros en peligro físico? .........................................  
2. ¿Continuó su uso de drogas hasta cuando le causaron problemas físicos o

psicológicos? ...................................................................................................................  

10a. ¿Tuvo que aumentar la cantidad de una droga que estaba tomando para poder obtener

los mismos efectos de antes? ..........................................................................................  

10b. ¿Usando la misma cantidad de una droga tuvo menos efecto que antes? ......................  

11a. ¿Se enfermó o manifestó síntomas de retiro cuando dejó de usar o

suspendió el uso de una droga? .......................................................................................  

11b. ¿Alguna vez siguió tomando una droga para evitar síntomas de retiro o

enfermarse? ....................................................................................................................  

1. ¿Cuál es la droga que le ha ocasionado los problemas más graves en los últimos 12 meses? [ESCOJA UNA]
	* Ninguna
	* Alcohol
	* Cannabinoides – Marihuana *(weed)*
	* Cannabinoides – Hachís *(hash)*
	* Marihuana Sintética *(K2/Spice)*
	* Natural Opioides – Heroína *(smack)*
	* Synthetic Opioides – Fentanilo
	* Estimulantes – Cocaína en Polvo *(coke)*
	* Estimulantes – Crack Cocaína *(rock)*
* Estimulantes – Metanfetaminas *(meth)*
* Synthetic Cathinones (*Sales de baño*)
* Club Drugs – MDMA/GHB/Rohypnol *(Ecstasy)*
* Drogas Disociativas – Ketamine/PCP *(Special K)*
* Alucinógenos/LSD /Hongos *(acid)*
* Inhalantes – Disolventes *(paint thinner)*
* Medicinas con Receta – Depresantes
* Medicinas con Receta – Estimulantes
* Medicinas con Receta – Analgésicos Opioides
	+ Estimulantes – Anfetaminas *(speed)*  Otra (especifique)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| | | | | | | | | | | | | | || | || | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Client ID# | Today’s Date | Facility ID# | Zip Code Administration |

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

1. ¿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*
2. ¿Qué tan serio piensa usted son sus problemas con las drogas?
	* *Nada en lo absoluto*  *Un poco*  *Moderado*  *Considerable*  *Extremado*
3. 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*
4. ¿Qué tan importante le es a usted recibir tratamiento para las drogas ahora?
	* *Nada en lo absoluto*  *Un poco*  *Moderado*  *Considerable*  *Extremado*