

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?	<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"/>
4. ¿Tuvo un deseo muy fuerte o urgencia de usar drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿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"/>
6. ¿Continuó el uso de drogas aunque le causaron problemas sociales o interpersonales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Se pasó menos tiempo en el trabajo, en la escuela, o con amigos debido a su uso de drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Usó drogas que lo puso a usted u a otros en peligro físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Continuó su uso de drogas hasta cuando le causaron problemas físicos o psicológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10a. ¿Tuvo que aumentar la cantidad de una droga que estaba tomando para poder obtener los mismos efectos de antes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10b. ¿Usando la misma cantidad de una droga tuvo menos efecto que antes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11a. ¿Se enfermó o manifestó síntomas de retiro cuando dejó de usar o suspendió el uso de una droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11b. ¿Alguna vez siguió tomando una droga para evitar síntomas de retiro o enfermarse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Cuál es la droga que le ha ocasionado los problemas más graves en los últimos 12 meses? [ESCOJA UNA]		
○ Ninguna		
○ Alcohol		
○ Cannabinoides – Marihuana (<i>weed</i>)		
○ Cannabinoides – Hachís (<i>hash</i>)		
○ Marihuana Sintética (<i>K2/Spice</i>)		
○ Natural Opioides – Heroína (<i>smack</i>)		
○ Synthetic Opioides – Fentanilo		
○ Estimulantes – Cocaína en Polvo (<i>coke</i>)		
○ Estimulantes – Crack Cocaína (<i>rock</i>)		
○ Estimulantes – Anfetaminas (<i>speed</i>)		
○ Estimulantes – Metanfetaminas (<i>meth</i>)		
○ Synthetic Cathinones (<i>Sales de baño</i>)		
○ Club Drugs – MDMA/GHB/Rohypnol (<i>Ecstasy</i>)		
○ Drogas Disociativas – Ketamine/PCP (<i>Special K</i>)		
○ Alucinógenos/LSD /Hongos (<i>acid</i>)		
○ Inhalantes – Disolventes (<i>paint thinner</i>)		
○ Medicinas con Receta – Depresantes		
○ Medicinas con Receta – Estimulantes		
○ Medicinas con Receta – Analgésicos Opioides		
○ Otra (especifique) _____		

		A Veces	1-3 Veces Al Mes	1-5 Veces por Semana	Todos Los Dias
13. ¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ CADA TIPO DE DROGA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	Nunca				
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