



CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CÓD.910)

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE _____

TIPO ID: _____

No. IDENTIFICACION: _____

OTROS DATOS DEL PACIENTE

ESCOLARIDAD

1. PRIMARIA 4. UNIVERSITARIA
 2. SECUNDARIA 5. POSTGRADO
 3. TÉCNICA 6. SIN ESCOLARIDAD

ESTADO CIVIL

1. CASADO 4. SEPARADO
 2. UNIÓN LIBRE 5. SOLTERO
 3. VIUDO 6. SIN DATOS

DISCAPACIDAD

NO SÍ CUAL: _____

COMUNIDAD LGTBI

NO SÍ

NNA* CON MEDIDA DE PROTECCIÓN (* NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE)

1. CON MEDIDA DE PROTECCIÓN NO SÍ
 2. CON RESPONSABILIDAD PENAL NO SÍ

TRATAMIENTOS PREVIOS POR CONSUMO DE SPA

NO SÍ SIN DATOS

COMO ACUDIO A LA INSTITUCIÓN

1. VOLUNTARIAMENTE 4. POR INDICACIÓN MÉDICA
 2. LO LLEVARON AMIGOS VOLUNTARIOS 5. POR INDICACIÓN ACADÉMICA
 3. POR ORDEN JUDICIAL 6. SIN DATOS

PATRONES DE CONSUMO

| PATRONES DE CONSUMO (Indicar según listado de instructivo) | TIPO DE DROGA | | | | | |
|---|-----------------|----|----|----|----|----|
| | DROGA DE INICIO | D2 | D3 | D4 | D5 | D6 |
| A). TIPO DE DROGA | | | | | | |
| B). FRECUENCIA DE USO | | | | | | |
| C). VÍA DE ADMINISTRACIÓN MÁS FRECUENTE | | | | | | |
| ¿SE HA INYECTADO LA SUSTANCIA ALGUNA VEZ? | | | | | | |
| ¿SE HA INYECTADO LA SUSTANCIA EN EL ÚLTIMO AÑO? | | | | | | |
| EDAD EN LA CUAL LA USÓ POR PRIMERA VEZ | | | | | | |
| EDAD EN LA QUE DEJO DE CONSUMIRLA | | | | | | |
| ESCENARIO HABITUAL DE CONSUMO | | | | | | |

INSTRUCTIVO A. TIPO DE DROGAS

- | | | |
|---|--|---|
| 1. NO HAY DROGA <input type="checkbox"/> | 11. POLVO DE ANGEL <input type="checkbox"/> | 21. BUSPAR <input type="checkbox"/> |
| 2. ALCOHOL <input type="checkbox"/> | 12. SINOGAN (LEVOMEPROMACINA) <input type="checkbox"/> | 22. TOTRANIL (IMPRAMINA) <input type="checkbox"/> |
| 3. TABACO <input type="checkbox"/> | 13. MELER (FLORIDAZINA) <input type="checkbox"/> | 23. CUALT-D (AMITRIPTALINA) <input type="checkbox"/> |
| 4. INHALANTES/DISOLVENTES <input type="checkbox"/> | 14. HALOPIDOL (HALOPERIDOL) <input type="checkbox"/> | 24. MOTIVAL (NORTIPTILINA) <input type="checkbox"/> |
| 5. ESCOPOLAMINA <input type="checkbox"/> | 15. LEPONEX (CLOZAPINA) <input type="checkbox"/> | 25. CODEINA <input type="checkbox"/> |
| 6. MARIHUANA (CANNAVIS) <input type="checkbox"/> | 16. ATIVAN (LORAZEPAM) <input type="checkbox"/> | 26. ANSILAN, FLUTIN (FLUOXETINA) <input type="checkbox"/> |
| 7. COCAINA <input type="checkbox"/> | 17. ROHYPNOL (FLURAZEPAM) <input type="checkbox"/> | 27. MORFINA-SALES Y PREPARADOS <input type="checkbox"/> |
| 8. BAZUCO <input type="checkbox"/> | 18. LEXOTAN ASNLOSEN (BROMAZEPAM) <input type="checkbox"/> | 28. OPIO Y SUS DERIVADOS <input type="checkbox"/> |
| 9. HEROÍNA <input type="checkbox"/> | 19. VALIUM (DIAZEPAM) <input type="checkbox"/> | 29. OTRA MEZCLAS <input type="checkbox"/> |
| 10. EXTASIS (MEFLIDLOXIMENTALFETAMINA) <input type="checkbox"/> | 20. FENOBARBITAL <input type="checkbox"/> | |

INSTRUCTIVO B). FRECUENCIA DE USO

- | | | |
|---|---|--|
| 1. UNA VEZ POR DÍA <input type="checkbox"/> | 4. MENOS DE UNA VEZ POR SEMANA <input type="checkbox"/> | 7. NO HA USADO EN EL ÚLTIMO MES <input type="checkbox"/> |
| 2. DOS A TRES VECES POR DÍA <input type="checkbox"/> | 5. UNA VEZ POR SEMANA <input type="checkbox"/> | 8. SIN DATOS <input type="checkbox"/> |
| 3. MÁS DE TRES VECES POR DÍA <input type="checkbox"/> | 6. VARIAS VECES POR SEMANA <input type="checkbox"/> | |

INSTRUCTIVO C. VIA DE ADMINISTRACIÓN

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. ORAL <input type="checkbox"/> | 3. INHALADA <input type="checkbox"/> | 5. DÉRMICA <input type="checkbox"/> |
| 2. FUMADA <input type="checkbox"/> | 4. INYECTADA <input type="checkbox"/> | 6. SIN DATOS <input type="checkbox"/> |

DATOS DE QUIEN NOTIFICA

NOMBRE RESPONSABLE EN LA INSTITUCIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

TELEFONO FIJO: _____ TELEFONO CELULAR: _____

SECTOR QUE NOTIFICA: SALUD JUSTICIA EDUCACIÓN PROTECCIÓN OTRO