

Mis Costumbres

Nombre del Paciente: _____

Fecha Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

Por cada pregunta en el cuadro de abajo, favor de colocar una X en la caja que mejor describa su respuesta.

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Qué tan seguido toma bebidas alcoholicas?	Nunca	Cada Mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 a 3 Veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas bebidas alcoholicas toma en un día normal?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 ó 9	10 ó más	
3. ¿Qué tan seguido toma más de 5 bebidas alcoholicas al día?	Nunca	Menos de un mes	Cada mes	Semanal	Diario o casi diario	
					Total	

- ¿Está usted ahora en tratamiento por consumo de alcohol? Sí No

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Hoy: _____

Marque con una X en la caja apropiada:
(USO DE DROGAS ILICITAS- SIN RECETA MEDICA)

Preguntas	Mis respuestas	
1. ¿Siente usted que debe de reducir su actual consumo de drogas?	SÍ	NO
2. ¿Le molesta que las personas lo critiquen por su actual consumo de drogas?	SÍ	NO
3. ¿Se siente mal o culpable por usar drogas?	SÍ	NO
4. ¿Usa usted drogas en la mañana para calmar sus nervios?	SÍ	NO

- ¿Está usted ahora en tratamiento por consumo de drogas? Sí No

Aviso: Las preguntas (CAGE-siglas en Inglés) han sido copiadas del Instituto Nacional del Abuso del Alcohol y Alcoholismo. Mayor información la puede encontrar en la página <http://pubs.niaaa.nih.gov>