

Name _____
Date _____

SPANISH

**Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (MSSI-SA)
Formulario administrado por uno mismo**

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de alcohol y otras drogas, incluyendo medicación/medicinas recetadas y de venta libre. Se conservará la confidencialidad de sus respuestas. Marque la respuesta que mejor describa su situación. Responda a las preguntas de acuerdo con sus experiencias en los últimos 6 meses.

Las respuestas consignadas en este formulario nos ayudarán a identificar sus necesidades y brindarle servicios. Sus respuestas no le excluirán de recibir servicios, atención o tratamiento en este programa.

Durante los últimos 6 meses...

	Sí	No
1a. ¿Ha consumido alcohol u otras drogas? (Como vino, cerveza, licor de alta graduación, marihuana, cocaína, heroína u otros narcóticos, estimulantes (“uppers”), depresores (“downers”), alucinógenos o sustancias inhalantes)		
1b. Ha usado medicación/medicinas recetadas o de venta libre? (Tales como píldoras para dormir, analgésicos, sedantes o medicación contra la ansiedad como Valium, Xanax o Ativan)		
2. ¿Ha pensado que consume demasiado alcohol u otras drogas? (Otras drogas también incluye más medicación recetada o de venta libre que la recomendada.)		
3. ¿Ha intentado reducir el consumo o dejar de beber o usar otras drogas?		
4. ¿Ha pedido ayuda por su consumo de alcohol o droga? (Como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, asesores psicológicos u otro programa de tratamiento.)		

<p>5. ¿Ha tenido problemas de salud? Por favor indique si:</p> <p>___ ha sufrido desmayos u otros períodos de pérdida de memoria</p> <p>___ se lesionó la cabeza después de beber o consumir drogas</p> <p>___ ha tenido convulsiones, delirium tremens (“DT”)</p> <p>___ ha tenido hepatitis u otros problemas hepáticos</p> <p>___ se sintió descompuesto, tembloroso o deprimido al dejar de consumir</p> <p>___ se sintió como si tuviera insectos o una sensación de hormigueo bajo la piel al dejar de consumir drogas</p> <p>___ se ha lesionado después de beber o consumir drogas</p> <p>___ ha usado agujas para inyectarse drogas</p>
--

Por favor continúe ⇒

Name _____

SPANISH

Date _____

Instrumento modificado de evaluación simple del abuso de sustancias (continuación)

	Sí	No
6. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas con sus familiares o amigos?		
7. El consumo de alcohol u otras drogas, ¿le ha causado problemas en la escuela o en el trabajo?		

	Sí	No
8. ¿Lo han arrestado o ha tenido otros problemas legales? (Como cheques sin fondo, conducir bajo la influencia de alcohol, robo o posesión de drogas.)		
9. ¿Ha perdido el control o participado en peleas verbales o físicas durante el consumo de alcohol u otras drogas?		
10. ¿Necesita beber o consumir drogas cada vez con más frecuencia para conseguir el efecto que desea?		
11. ¿Pasa mucho tiempo pensando cómo conseguirá o intentando conseguir alcohol u otras drogas?		
12. Cuando bebe o consume drogas, ¿es más probable que haga algo que no haría normalmente, por ejemplo, no cumplir las reglas, violar la ley, vender cosas de valor para usted, o tener sexo sin protección?		
13. ¿Se siente mal o culpable por beber o usar drogas?		

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias de vida en general.

	Sí	No
14. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el alcohol o las drogas?		
15. ¿Alguno de sus familiares ha tenido problema con el alcohol o las drogas?		
16. ¿Piensa que tiene un problema con el alcohol o las drogas ahora?		

Gracias por completar este cuestionario.