

Durante los últimos 12 meses (antes de estar encarcelado, si se aplica) –

Client ID#	Today's Date	Facility ID#	Zip Code	Administration
--	--	--	--	--

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

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