

# Programa para Niños Saludables de Maryland/Maryland Healthy Kids Program

Maryland Department of Health and Mental Hygiene  
Division of Healthy Kids

Día del servicio: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Evaluación de Uso de Sustancias en Adolescentes

Si el paciente/cliente acepta haber usado drogas o alcohol, haga las siguientes preguntas:

C – ¿Te has subido en algún CARRO/COCHE con alguien (incluyéndote a ti) que haya estado bajo los efectos del alcohol o drogas?

S       N

R – ¿Alguna vez has usado alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser aceptado por otros?

S       N

S – ¿Has usado alcohol o drogas estando SOLO?

S       N

O – ¿Has OLVIDADO cosas que has hecho mientras usabas alcohol o drogas?

S       N

A – ¿En algún momento familiares o AMIGOS te han dicho que debes disminuir tu uso de alcohol o drogas?

S       N

P – ¿Te has metido en PROBLEMAS mientras usabas alcohol o drogas?

S       N

**Haga un referido si el paciente/cliente a contestado que sí a alguna de estas preguntas. Comuníquese con la Organización de Cuidado Dirigido/ Organización para servicios de tratamiento de abuso de sustancias. Chequee la sección del manual para los números de autorización y notificación.**