



**PATRÓN DE CONSUMO**

Recuerde anotar detalladamente el orden en que la persona fue consumiendo cada una de las sustancias y/o drogas

EL ALCOHOL Y EL TABACO TAMBIÉN SON DROGAS Y PUEDEN APARECER COMO DROGA DE INICIO

| Tipo de droga          | Nombre de la droga | Consumo en el último año    |                             | Edad de uso por 1a vez                    | Principalmente cómo la usa * | Cada cuándo la consume** | Frecuencia de consumo*** |
|------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Droga de INICIO</b> | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Segunda droga          | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Tercera droga          | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Cuarta droga           | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Quinta droga           | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Sexta droga            | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Séptima droga          | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Octava droga           | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Novena droga           | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
| Décima droga           | _____              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |

**\* Principalmente cómo la usa**
**\*\* Cada cuándo la consume**
**\*\*\* Frecuencia de consumo**

|                                                 |                                                       |                                       |                                                                |                                    |                                                |                                        |                                           |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Fumada               | <input type="checkbox"/> 4 Inyectada                  | <input type="checkbox"/> 7 Tomada     | <input type="checkbox"/> 10 Cigarro electrónico, vapeo, vaping | <input type="checkbox"/> 1 Diario  | <input type="checkbox"/> 4 Anual               | <input type="checkbox"/> 1 Una vez     | <input type="checkbox"/> 4 Más de 7 veces |
| <input type="checkbox"/> 2 Inhalada             | <input type="checkbox"/> 5 Aplicada en piel (parches) | <input type="checkbox"/> 8 Masticada  | <input type="checkbox"/> 99 No sabe / No responde              | <input type="checkbox"/> 2 Semanal | <input type="checkbox"/> 5 Ya no la usa        | <input type="checkbox"/> 2 2 a 3 veces |                                           |
| <input type="checkbox"/> 3 Aspirada (intranasa) | <input type="checkbox"/> 6 En otras mucosas           | <input type="checkbox"/> 9 Otra _____ |                                                                | <input type="checkbox"/> 3 Mensual | <input type="checkbox"/> 6 Sólo la usó una vez | <input type="checkbox"/> 3 4 a 7 veces |                                           |

**CONDUCTAS DE RIESGO**

¿Alguna vez ha usado sustancias y/o drogas inyectadas?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

¿Alguna vez ha compartido una jeringa para inyectarse sustancias y/o drogas?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

La última vez que se inyectó sustancias y/o drogas, ¿lo hizo con una jeringa que nadie más había usado antes que usted?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

¿Consume sustancias y/o drogas combinadas?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

Si la respuesta es afirmativa debe tener al menos dos drogas

¿Cuáles principalmente? 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha conducido un vehículo de motor bajo el influjo de alcohol u otras drogas? ☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 99 No sabe / No responde