

TCU DRUG SCREEN II

Durante los últimos 12 meses (antes de estar encarcelado, si se aplica)	Sí	No
1. ¿Usó cantidades mayores de drogas o las usó por un período más largo de tiempo de lo que había planeado o previsto?		
2. ¿Trató de disminuir el uso de drogas pero no le fue posible hacerlo?		
3. ¿Se pasó mucho tiempo obteniendo drogas, usándolas o recuperándose de su uso?		
4a. ¿Llegó a ponerse en un estado tan eufórico o enfermo por las drogas que no pudo trabajar, ir a la escuela u ocuparse de sus hijos?		
4b. ¿Llegó a ponerse en un estado tan eufórico o enfermo por las drogas que ocasionó un accidente o lo expuso a usted u a otros en peligro?		
5. ¿Se pasó menos tiempo en el trabajo, en la escuela o con amigos para poder usar drogas?		
6a. ¿Su uso de drogas ocasionó problemas emocionales o psicológicos?		
6b. ¿Su uso de drogas ocasionó problemas con la familia, el trabajo o la policía?		
6c. ¿Su uso de drogas ocasionó problemas de salud física o médicos?		
7. ¿Aumentó la cantidad de una droga que estaba tomando para poder obtener los mismos efectos de antes?		
8. ¿Alguna vez siguió tomando una droga para evitar síntomas de retiro o enfermarse?		
9. ¿Se enfermó o manifestó síntomas de retiro cuando dejó de usar o suspendió el uso de una droga?		

10. ¿Cual es la droga que le ha ocasionado los problemas mas graves?	Ninguna Alcohol Marihuana/Hashís Alucinógenos/LSD/PCP/drogas psicodélicas/Hongos Inhalantes [ESCOJA UNA] Crack/Freebase Heroína y Cocaína en combinación (Speedball)	Cocaína (sola) Heroína (sola) Metadona de la calle (sin receta médica) Otros opiáceos/Opio/Morfina/Demerol Metanfetaminas Anfetaminas y otros estimulantes (uppers) Tranquilizantes/barbitúricos/calmanes (downers)
--	---	---

¿CON QUÉ FRECUENCIA USÓ CADA TIPO DE DROGA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	NUNCA	SOLO UNAS CUANTAS VECES	1-3 VECES AL MES	1-5 VECES POR SEMANA	CASI TODOS LOS DIAS
11a. Alcohol					
11b. Marihuana/Hashís					
11c. Alucinógenos/LSD/PCP/drogas psicodélicas/Hongos					
11d. Inhalantes					
11e. Crack/Freebase					
11f. Heroína y Cocaína en combinación (Speedball)					
11g. Cocaína (sola)					
11h. Heroína (sola)					
11i. Metadona de la calle (sin receta médica)					
11j. Otros opiáceos/Opio/Morfina/Demerol					
11k. Metanfetaminas					
11l. Anfetaminas y otros estimulantes (uppers)					
11m. Tranquilizantes/barbitúricos/calmanes (downers)					
11n. Otras drogas (especifique)					

12. 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

13. ¿Qué tan serio piensa usted son sus problemas con las drogas?

Nada en lo absoluto Un poco Moderado Considerable Extremado

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 importante le es a usted recibir tratamiento para las drogas ahora?

Nada en lo absoluto Un poco Moderado Considerable Extremado