



ESTADO DE MISSOURI
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES
EVALUACIÓN PERINATAL DEL RIESGO POR EL USO DE SUSTANCIAS

NOMBRE DEL CLIENTE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	FECHA
--------------------	----------------------	-------

Quando una mujer embarazada bebe, fuma o usa drogas, también lo hace su bebé. Con el fin de ayudarla a tener un embarazo y un bebé saludables, por favor responda las siguientes preguntas con sinceridad.

TABACO	OTRAS DROGAS																																								
<p>1. Elija la declaración que mejor describa su condición de fumador:</p> <p><input type="checkbox"/> A. NUNCA he fumado o he fumado menos de 100 cigarrillos en mi vida.</p> <p><input type="checkbox"/> B. Dejé de fumar ANTES de descubrir que estaba embarazada y ahora no estoy fumando.</p> <p><input type="checkbox"/> C. Dejé de fumar DESPUÉS de descubrir que estaba embarazada y ahora no estoy fumando.</p> <p><input type="checkbox"/> D. Ahora fumo un poco, pero he reducido la cantidad de cigarrillos que fumo DESDE que descubrí que estaba embarazada.</p> <p><input type="checkbox"/> E. Fumo regularmente ahora, más o menos lo mismo que ANTES de saber que estaba embarazada.</p> <p>Se debe ofrecer una referencia a todas las mujeres que eligieron la respuesta D o E.</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente rechazó la referencia para dejar de fumar.</p> <p><input type="checkbox"/> Se refirió a este paciente para dejar de fumar a:</p> <p>_____</p>	<p>10. ¿Alguna vez ha usado?:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">NUNCA</th> <th style="width:10%; text-align: center;">EN EL PASADO</th> <th style="width:20%; text-align: center;">ACTUALMENTE USANDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Marihuana (grass, weed, joint, blunt, primo, blast, bud, torpedo, wicky stick, whack, dope, herb, pot, reefer, skunk, sinsemilla, ganja)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cocaína (coke, crack, base, blow, toot, rock, snow, uptown, C, flake, girl, bump, candy, Charlie)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anfetaminas (meth, crank, uppers, speed, X, ecstasy, crystal, ice, b-bombs, chalk, fire, kronic, glass, go fast, ephedrine, bennies)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alucinógenos (LSD, acid, love drug, cactus, buttons, peyote, PCP, angel dust, zombie, supercools, green, wet, water, boomers, peace pill, cubes)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sedativos (tranquilizantes, diazepines-blues, downers, rainbows, ludes, reds, barbs, red birds, phennies, adavan, xanax, valium)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Narcóticos (Codeína, demerol, percodan, heroína, vicodina, metadona, schoolboy, smack, junk, downtown, oxycontin, boy)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inhalantes (huffing, huffing tuleo, glue, kick, poppers, snappers, rush, buzz bomb, huff, pearls, spray)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Drogas de club (X, éxtasis)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Medicamentos recetados sin receta (Oxicodona, Fentanilo, Clonazepam, somníferos, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si respondió NUNCA a todos las demás drogas - Fin del cuestionario.</p> <p>11. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Le ha molestado la gente criticando su consumo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Alguna vez ha usado drogas a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o deshacerse de una resaca (abridor de ojos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Cuánto tiempo ha estado consumiendo drogas y cuándo fue la última vez que consumió drogas? # de años usando _____ la última vez que lo usó _____</p> <p>16. ¿Ha tenido "pérdida del conocimiento" o "flashbacks (recuerdos)" debido al consumo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>17. ¿Siente que tiene un problema con el uso de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Se debe ofrecer una referencia a todas las mujeres que respondan afirmativamente a cualquiera de las preguntas 10 a 17.</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente rechazó la referencia por uso de drogas.</p> <p><input type="checkbox"/> Se refirió a este paciente por uso de drogas a:</p> <p>_____</p>		NUNCA	EN EL PASADO	ACTUALMENTE USANDO	Marihuana (grass, weed, joint, blunt, primo, blast, bud, torpedo, wicky stick, whack, dope, herb, pot, reefer, skunk, sinsemilla, ganja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cocaína (coke, crack, base, blow, toot, rock, snow, uptown, C, flake, girl, bump, candy, Charlie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfetaminas (meth, crank, uppers, speed, X, ecstasy, crystal, ice, b-bombs, chalk, fire, kronic, glass, go fast, ephedrine, bennies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alucinógenos (LSD, acid, love drug, cactus, buttons, peyote, PCP, angel dust, zombie, supercools, green, wet, water, boomers, peace pill, cubes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedativos (tranquilizantes, diazepines-blues, downers, rainbows, ludes, reds, barbs, red birds, phennies, adavan, xanax, valium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Narcóticos (Codeína, demerol, percodan, heroína, vicodina, metadona, schoolboy, smack, junk, downtown, oxycontin, boy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inhalantes (huffing, huffing tuleo, glue, kick, poppers, snappers, rush, buzz bomb, huff, pearls, spray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas de club (X, éxtasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos recetados sin receta (Oxicodona, Fentanilo, Clonazepam, somníferos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	NUNCA	EN EL PASADO	ACTUALMENTE USANDO																																						
Marihuana (grass, weed, joint, blunt, primo, blast, bud, torpedo, wicky stick, whack, dope, herb, pot, reefer, skunk, sinsemilla, ganja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Cocaína (coke, crack, base, blow, toot, rock, snow, uptown, C, flake, girl, bump, candy, Charlie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Anfetaminas (meth, crank, uppers, speed, X, ecstasy, crystal, ice, b-bombs, chalk, fire, kronic, glass, go fast, ephedrine, bennies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Alucinógenos (LSD, acid, love drug, cactus, buttons, peyote, PCP, angel dust, zombie, supercools, green, wet, water, boomers, peace pill, cubes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Sedativos (tranquilizantes, diazepines-blues, downers, rainbows, ludes, reds, barbs, red birds, phennies, adavan, xanax, valium)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Narcóticos (Codeína, demerol, percodan, heroína, vicodina, metadona, schoolboy, smack, junk, downtown, oxycontin, boy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Inhalantes (huffing, huffing tuleo, glue, kick, poppers, snappers, rush, buzz bomb, huff, pearls, spray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Drogas de club (X, éxtasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Medicamentos recetados sin receta (Oxicodona, Fentanilo, Clonazepam, somníferos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
ALCOHOL																																									
<p>NOTA: 1 bebida = 1.5 oz. de aguardiente (aproximadamente 40% de alcohol), 12 oz. de cerveza, 5 oz. de vino (aproximadamente 12% de alcohol), u 8-9 oz. de licor de malta (aproximadamente 7% de alcohol)</p> <p>2. Desde que descubrió que estaba embarazada, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba normalmente por semana? <input type="checkbox"/> Ninguna _____ # de bebidas por semana</p> <p>3. En la última semana, ¿cuántas bebidas alcohólicas ha tomado? <input type="checkbox"/> Ninguna _____ # de bebidas por semana</p> <p>4. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Le ha molestado la gente criticando su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguna vez ha tomado una copa a primera hora de la mañana para estabilizar sus nervios o deshacerse de una resaca (abridor de ojos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por las consecuencias que se han producido por su consumo de alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Siente que tiene un problema con el alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Se debe ofrecer una referencia a todas las mujeres que respondan afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2 a 9.</p> <p><input type="checkbox"/> El paciente rechazó la referencia por consumo de alcohol.</p> <p><input type="checkbox"/> Se refirió a este paciente por consumo de alcohol a:</p> <p>_____</p>																																									