

Name/Nombre _____

Medical Record or ID Number/Archivo médico o número de identificación _____ Date/Fecha _____

Las Preguntas CARLOS (CRAFFT)

Por favor responda a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible; sus respuestas serán tratadas de forma confidencial

Parte A

Durante los últimos doce meses:

	No		Sí
1. ¿Ha consumido <u>bebidas alcohólicas</u> (más de unos pocos sorbos)?	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;"> Si respondió con un NO las tres primeras preguntas (A1, A2, A3), pase ahora a la pregunta B1 </div>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha fumado <u>marijuana</u> o probado <u>hachís</u> ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha usado <u>algún otro tipo</u> de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia? El término "algún otro tipo" se refiere a drogas ilícitas, medicamentos de venta libre o de venta con receta médica, así como a sustancias inhalables que alteren su estado mental.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Parte B (CARLOS)

	No	Sí
1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un <u>CARRO</u> o vehículo conducido por una persona (incluyéndolo a usted) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus <u>AMIGOS</u> o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para <u>RELAJARSE</u> , para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha metido, alguna vez, en <u>LIOS</u> o problemas al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha <u>OLVIDADO</u> , alguna vez, lo que hizo al tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha consumido, alguna vez, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva, encontrándose <u>SOLO</u> y sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOTA SOBRE EL CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN

La información incluida en esta página puede estar protegida por normas federales sobre confidencialidad (42 CFR Parte 2) que prohíben su divulgación, a no ser que medie una autorización escrita para el caso específico. NO basta con que se cuente con una autorización generalizada en materia de divulgación de la información médica.

Reproducible for personal use only. For more information, contact the Center for Care for Children with ADHD, a Resource Toolkit for Clinicians, 2nd Edition. Copyright © 2012 American Academy of Pediatrics. All rights reserved. The American Academy of Pediatrics does not review or endorse any modifications made to this document and in no event shall the AAP be liable for any such changes.