

Nombre del Paciente/Cliente: _____
 Revisado por Proveedor Calificado: _____

Fecha: _____
 Fecha: _____

Herramienta de Detección de Riesgos de Salud del Comportamiento

Para Mujeres Embarazadas y Mujeres en Edad Fértil

Herramienta para Paciente/Cliente

La salud de las mujeres y sus hijos puede ser afectada por los problemas emocionales, el alcohol, tabaco, uso de otras drogas y la violencia. La salud de las mujeres y sus hijos también puede ser afectada cuando estos mismos problemas están presentes en personas cercanas a ellos. El alcohol incluye cerveza, vino, cócteles, licor y otras bebidas embriagantes. Los productos de tabaco incluyen cigarrillos, puros, tabaco en polvo y tabaco de mascar.

1. ¿Ha fumado algún cigarrillo o utilizado algún producto de tabaco en los últimos tres meses?		sí <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>
2. ¿Alguno de sus padres tiene problemas con el consumo de alcohol u otra droga?	sí <input type="checkbox"/>				NO <input type="checkbox"/>
3. ¿Alguno de sus amigos tiene problemas con el consumo de alcohol u otra droga?	sí <input type="checkbox"/>				NO <input type="checkbox"/>
4. ¿Su pareja tiene problemas con el consumo de alcohol u otra droga?		sí <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>
5. ¿En el pasado, ha tenido usted dificultades en su vida debido al alcohol u otras drogas, incluyendo medicamentos recetados?		sí <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>
6. Marque sí si está de acuerdo con cualquiera de estas declaraciones. ¿En el último mes, ha consumido usted alcohol o usado otras drogas? - ¿Cuántos días al mes toma alcohol? _____ - ¿Cuántos tragos toma en un día cualquiera ? ____ - ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más tragos por día en el último mes? _____		sí <input type="checkbox"/>			NO <input type="checkbox"/>
7. Marque sí si está de acuerdo con cualquiera de estas declaraciones. En los últimos 7 días, usted: - ¿Se ha culpado a sí misma innecesariamente cuando las cosas salieron mal? - ¿Ha estado ansiosa o preocupada sin razón? - ¿Ha sentido miedo o pánico sin razón?				sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. ¿Está usted actualmente o ha estado alguna vez en una relación donde resultó físicamente lesionada, estrangulada, amenazada, controlada o le hicieron sentir miedo?			sí <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>

