






SBIRT

Nombre: _____ Fecha: _____

Una vez al año, pedimos a todos nuestros pacientes que completen este formulario, ya que el consume de drogas y alcohol y el estado de ánimo pueden afectar su salud y los medicamentos que toma. Ayúdenos a brindarle la mejor atención médica al responder las preguntas que aparecen a continuación.

Una bebida =		12 oz. cerveza		5 oz. vino		1.5 oz. licor (un trago)
--------------	---	-------------------	---	---------------	---	--------------------------------

	No	Sí
¿Esta usted en recuperacion por abuso de alcohol o sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ninguno	Uno o más
ALCOHOL		
Hombres: ¿Cuántas veces durante el ultimo año ha bebido 5 o más bebidas en un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mujeres: ¿Cuántas veces durante el ultimo año ha bebido 4 o más bebidas en un día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ninguno	Uno o más
DROGAS		
¿Cuántas veces durante el ultimo año ha consumido drogas recreativas o a utilizado un medicamento recetado para fines que no son médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
ESTADO DE ÁNIMO				
Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?				
Poco interés o placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>