

DAISEY DAST-10 ADULT FORM

Por Favor Imprime la Información–Preguntas Requeridas Están Marcados Con*

INFORMACION DEL ADULT	TO QUE COMI	PLETA EL FORMULARIO				
¿Qué adulto está completando o	el					
formulario? *						
Nombre y apellido en letra de i	mprenta					
INFORMACIÓN DEL ADULTO QUE RECIBE LOS SERVICIOS						
¿A qué adulto se refiere este formulario?						
(aquella persona que recibe los servicios) *						
Nombre y apellido de la persona que recibe los						
servicios en letra de imprenta.						
INFORMACION DEL FORMULARIO						
¿Qué cuidador participó? *						
Nombre y apellido del cuidado	r primario en					
letra de imprenta						
La Fecha de la Actividad*		Hora a la que se llenó el	☐ Hora 1			
(mm/dd/aaaa)		formulario*	☐ Hora 2			
PARTE 2						
DAST-10						
Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial envolvimiento con drogas						
excluyendo alcohol y tabaco durante los últimos 30 días. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su						
		lero apropiado junto a la pregunta.				
Cuando la palabra "abuso de drogas" es usada, esta se refiere al uso de medicinas compradas con						
receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las varias clases de drogas						
pueden incluir: cannabis (mariguana, hashis), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos,						
cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas						
no incluyen alcohol o tabaco.	C: 4: 1:£:14	. 1 1	:- 1 1-			
	Si tiene difficulta	ndes con alguna de las preguntas, esco	oja ia que ie			
parezca correcta. 1. ¿Ha usado drogas que no eran	\square Sí = 1	2. ¿Ud. abusa más de una droga a	□ Sí = 1			
requeridas por razones médicas?		la vez?				
	\square No = 0		\square No = 0			
3. ¿Es Ud. capaz de parar de	\square Sí = 1	4. ¿Ha tenido "perdidas de	\square Sí = 1			
usar drogas siempre cuando	\square No = 0	conocimiento" o una	\square No = 0			
se lo propone?		"memoria repentina" como				
	1	resultado del uso de drogas?				

Continué en la siguiente págin

Department for Children and Families



5. ¿Alguna vez se siente mal o	\square Sí = 1	6. ¿Alguna vez su pareja (o	\square Sí = 1
culpable debido a su uso de	\square No = 0	familiares) se han quejado de	\square No = 0
drogas?		su uso de drogas?	
7. ¿Ha desatendido a su	\square Sí = 1	8. ¿Se ha implicado en	\square Sí = 1
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de	$\square Si = 1$ $\square No = 0$	8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin	$\square Si = 1$ $\square No = 0$

DAISEY DAST-10 ADULT FORM

DAST-10 CONT.			
9. ¿Alguna vez ha	\Box Sí = 1	10. ¿Ha tenido problemas médicos	\square Sí = 1
experimentado síntomas de	\square No = 0	como resultado de su uso de drogas	\square No = 0
abstinencia (sentirse enfermo)		(perdida de la memoria, hepatitis,	
cuando dejo de usar drogas?		convulsiones, hemorragia, etc.)?	
Total score* Add the total of the answers from the previous section			