FAMILY FIRST
PREVENTION SERVICES ACT

DAISEY FORMA DE AUDIT

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

PARTE 1

INFORMACIÓN DEL ADULTO QUE COMPLETA EL FORMULARIO	
¿Qué adulto está completando el formulario? * *Nombre y apellido en letra de imprenta*	

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 DE LA FORMA			
¿Qué cuidador participó? * *Nombre y apellido del cuidador primario en letra de imprenta*			
La Fecha de la Actividad* (mm/dd/aaaa)		Hora a la que se llenó el formulario*	☐ Hora 1 ☐ Hora 2

PARTE 2

AUDIT Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.		
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana = 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3

Continué en la siguiente págin

DAISEY FORMA DE AUDIT

AUDIT CONT.		
4. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
5. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
6. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
7. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
8. ¿Con qué frecuencia en el curso de los últimos treinta días no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? *	☐ Nunca = 0 ☐ De 2 a 4 veces al mes = 2 ☐ 4 o más veces a la semana= 4	☐ Una o menos veces al mes = 1 ☐ De 2 a 3 más veces a la semana= 3

AUDIT SCORE* *Add the total of the answers from the previous section*	