

DAISEY AUDIT – CHILD FORM

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

PARTE 1

INFORMACIÓN DEL NIÑO QUE COMPLETA EL FORMULARIO	
¿Qué niño está completando el formulario? *	
<i>Nombre y apellido en letra de imprenta</i>	

INFORMACIÓN DEL NIÑO QUE RECIBE LOS SERVICIOS	
¿A qué niño se refiere este formulario? (aquella persona que recibe los servicios) *	
<i>Nombre y apellido de la persona que recibe los servicios en letra de imprenta.</i>	

INFORMACIÓN DEL FORMULARIO			
¿Qué cuidador participó? *			
<i>Nombre y apellido del cuidador primario en letra de imprenta</i>			
¿Qué niño participó? *			
<i>Niño meta (bajo observación) o candidato para recibir atención</i>			
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. ¿Cuántas 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

Continué en la siguiente página

DAISEY FORMA DE AUDIT

AUDIT CONT.		
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
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* <i>Add the total of the answers from the previous section</i>	
--	--