

**Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase
Encuesta Retrospectiva para Cambio del Cuidador/a**

CLIENTE: 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 **antes de que los servicios iniciaron**.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consumió alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas se realizan en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia tomó 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia durante los treinta días previos al inicio de los servicios no pudo dejar de beber una vez que comenzó?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia durante los treinta días previos al inicio de los servicios no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia durante los treinta días previos al inicio de los servicios tuvo que beber en ayunas para recuperarse después de beber mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia durante los treinta días previos al inicio de los servicios tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de beber?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia durante los treinta días previos al inicio de los servicios no pudo recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguien más ha sido lesionado por haber estado bebiendo?	No		Sí, pero no en el curso del último mes		Sí, en el último mes
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario expresó su preocupación acerca de que usted bebiera bebidas alcohólicas o le sugirió que dejara de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último mes		Sí, en el último mes
Total					