

Patient Label

Para ayudarles a usted y a su proveedor a entender la forma en la que su consumo de alcohol podría estar afectando su salud, responda las siguientes preguntas.

ENCIERRE EN UN CÍRCULO la mejor respuesta a cada pregunta.

En los últimos 12 meses...

1. ¿Notó que tomar la misma cantidad de alcohol tiene un menor efecto del que solía tener o tuvo que beber más para emborracharse?	No	Sí
2. Cuando bebe menos o deja de beber, ¿comienza a sudar, se siente nervioso, le duele el estómago o le tiemblan las manos? ¿Ha bebido alcohol o consumido otras sustancias para evitar estos síntomas?	No	Sí
3. Cuando ha bebido, ¿lo ha hecho por más tiempo de lo que había planeado?	No	Sí
4. ¿Ha querido disminuir o detener su consumo de alcohol pero no ha sido capaz de hacerlo?	No	Sí
5. ¿Pasa mucho tiempo tratando de conseguir alcohol, bebiendo o recuperándose después de haber bebido?	No	Sí
6. ¿Ha seguido bebiendo a pesar de saber o sospechar que le genera problemas mentales o físicos, o que los empeora?	No	Sí
7. ¿Su forma de beber ha interferido con sus responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar?	No	Sí
8. ¿Ha estado ebrio más de una vez en situaciones donde es peligroso estarlo, como al manejar un automóvil u operar maquinaria?	No	Sí
9. ¿Ha bebido alcohol a pesar de saber o sospechar que le causa problemas con su familia u otras personas?	No	Sí
10. ¿Experimentaba grandes deseos o antojos de consumir alcohol?	No	Sí
11. ¿Ha pasado menos tiempo trabajando, disfrutando sus pasatiempos o conviviendo con otras personas por su forma de beber?	No	Sí

Alcohol Symptom Checklist



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

To help you and your provider understand how your alcohol use might be affecting your health, please complete the following questions.

Please CIRCLE the best response to each question.

In the past 12 months...

1. Did you find that drinking the same amount of alcohol has less effect than it used to or did you have to drink more alcohol to get intoxicated?	No	Yes
2. When you cut down or stop drinking did you get sweaty, nervous, have upset stomach or shaky hands? Did you drink alcohol or take other substances to avoid these symptoms?	No	Yes
3. When you drank, did you drink more or for longer than you planned to?	No	Yes
4. Have you wanted to or tried to cut back or stop drinking alcohol, but been unable to do so?	No	Yes
5. Did you spend a lot of time obtaining alcohol, drinking alcohol, or recovering from drinking?	No	Yes
6. Have you continued to drink even though you knew or suspected it creates or worsens mental or physical problems?	No	Yes
7. Has drinking interfered with your responsibilities at work, school, or home?	No	Yes
8. Have you been intoxicated more than once in situations where it was dangerous, such as driving a car or operating machinery?	No	Yes
9. Did you drink alcohol even though you knew or suspected it causes problems with your family or other people?	No	Yes
10. Did you experience strong desires or craving to drink alcohol?	No	Yes
11. Did you spend less time working, enjoying hobbies, or being with others because of your drinking?	No	Yes