

**Lista de verificación de los síntomas de abuso de sustancias**



Patient Label

Para ayudarles a usted y a su proveedor a entender la forma en que su consumo de marihuana u otra droga podría estar su salud, responda las siguientes preguntas.

**En los últimos 12 meses...**

1. ¿Se ha dado cuenta de que consumir la misma cantidad de la sustancia tiene un menor efecto del que solía tener o tiene que consumir una mayor cantidad de la sustancia para drogarse u obtener el efecto deseado que cuando empezó a consumirla?	No	Sí
2. Cuando ha reducido o detenido su consumo de la sustancia, ¿ha presentado síntomas de abstinencia? ¿Ha consumido la sustancia u otras sustancias para evitar estos síntomas?	No	Sí
3. Cuando ha consumido la sustancia, ¿la ha consumido más o por más tiempo de lo que había planeado?	No	Sí
4. ¿Ha querido disminuir o detener su consumo de sustancias pero no ha sido capaz de hacerlo?	No	Sí
5. ¿Ha pasado mucho tiempo tratando de conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose después de consumirla?	No	Sí
6. ¿Ha seguido consumiendo la sustancia a pesar de saber o sospechar que le genera problemas mentales o físicos, o que los empeora?	No	Sí
7. ¿Su forma de consumir ha interferido con sus responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar?	No	Sí
8. ¿Ha estado drogado o intoxicado por la sustancia más de una vez en situaciones donde es peligroso estarlo, como al manejar un automóvil u operar maquinaria?	No	Sí
9. ¿Ha consumido la sustancia a pesar de saber o sospechar que le causa problemas con su familia u otras personas?	No	Sí
10. ¿Ha sentido grandes deseos o antojos de consumir la sustancia?	No	Sí
11. ¿Ha pasado menos tiempo trabajando, disfrutando sus pasatiempos o socializando con otras personas por su forma de consumir la sustancia?	No	Sí

**Sustancias consumidas (encierre en un círculo todas las que correspondan):**

- derivados del opio
- cannabis/marihuana
- metanfetamina/estimulantes
- cocaína
- benzodiacepinas/sedantes
- otros \_\_\_\_\_

## Substance Use Symptom Checklist



Patient Label
Name: _____
MRN: _____
Date: _____

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

### In the past 12 months...

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

### Substance(s) used (please circle all that apply):

- Opiates
- Cannabis/Marijuana
- Methamphetamine/Stimulants
- Cocaine
- Benzodiazepines/Sedatives
- Other \_\_\_\_\_