



INFORMACIÓN DE ADMISIÓN DE PARTICIPANTES

Fecha: _____ **Licencia de conducir #** _____

Nombre del Participante: _____

Dirección del participante: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____ Correo electrónico: _____

Date of Birth: Age: Sex: Male Female Transgender Other

Estado civil: Soltero casado divorciada viuda separada

Nombre del cónyuge (si corresponde): _____

Persona de contacto de emergencia (si es diferente del cónyuge anterior): _____

Dirección: _____ Phone: _____

Número de niños: _____ Nombre del Niño (S): _____ edad: _____

_____ edad: _____

_____ edad: _____

ARRANGEMENT DE VIVIR (Por favor marque todos los que correspondan):

Solo Compañeros de cuarto (s) Sólo cónyuge Solo para niños Parientes

Familia inmediata _____ Otros _____ Instalaciones de alojamiento y atención _____ Nada Estable _____

TYPE OF RESIDENCE:

Habitación Apartamento Propia Casa Remolque sin hogar Renta casa

Educación

Años de Educación: _____ ¿Te graduaste de la Escuela Secundaria? Sí No

Indique el grado más alto completado: Escuela primaria 4 5 6 7 8
High School secundaria 9 10 11 12
Universidad 1 2 3 4
Estudios de Posgrado 1 2 3 4 5

Empleo:

Ocupación actual: _____

Patron: _____ Años? _____ Meses _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ codigo postal: _____

Por favor describa lo que hace:

¿Te gusta lo que haces? Sí No

¿Tu trabajo te satisface? Sí No Si no por qué?

¿Qué trabajo le gusta más? _____

¿Qué trabajo te disgusta más? _____

¿Crees que podrías manejar un trabajo más difícil que el que has tenido? Sí No

Empleo de esposa (o) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ codigo postal: _____

INFORMACION DE ARREST:

Fecha de arresto: _____ Fecha de condena: _____

Fechas de suspensión del DMV: De _____ a _____ ¿Apelar? Sí No

Corte: _____ Número de caso en la corte: _____ Dirección: _____

_____ Nombre del juez: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ codigo postal: _____

Agencia de detención/Departamento: _____

¿Qué razón dio el oficial de policía para detenerte en primer lugar?

¿Estás en libertad condicional? Sí No

¿3 años? ¿5 años?

¿Estás en una orden de prueba? Sí No

¿Te probaron en el momento del arresto? _____

¿Qué tipo de prueba elegiste?

Respiración

Sangre

Orina

¿Cuál fue tu BAC en el arresto? _____ ¿Por qué elegiste esta prueba? _____

HISTORIA MEDICA:

¿Consideraría que su salud es: Buena mala Pobre

¿Tiene una afección médica que podría afectar su capacidad para completar este programa? Es así, por favor explique:

¿Está tomando actualmente algún medicamento y/o medicamento prescrito? Si es así, por favor enumere a continuación con cantidades de dosificación y tiempos de tomarlo / ellos:

USO/HISTORIA DEL ALCOHOL:

Cuando use alcohol, describa el patrón de uso y cantidad de consumo:

¿De una a tres veces por semana? ¿Antes del trabajo? ¿Después del trabajo?

¿Durante el trabajo?

Uso diario? ¿Trabajando por la casa? ¿Viendo Televisión?

¿Mientras estás solo? ¿Los fines de semana solos? ¿Con amigos/solo sociales?

¿Asistiendo a Deportes?

¿Otro? (por favor explique):

¿Alguna vez has sufrido síntomas de abstinencia como resultado de no beber? Sí No

Si es así, ¿por qué intentaste ir sin beber en la ocasión en particular? _____

USO/HISTORIA DE DRUG: ¿Abstinent? ¿Ocasional? ¿Diario?

¿Social?

¿Días de uso en los últimos 30 días? _____ ¿Números de días desde el último uso? _____

¿Alguna vez ha sido arrestado en los últimos 6 meses (además de en este arresto actual) por:

¿Otra DUI? ¿Posesiones para ventas? ¿Cultivo? ¿Otro?

Días en la cárcel por arrestos relacionados con drogas (si corresponde)?

¿Alguna vez has sufrido síntomas de abstinencia al no usar drogas? Sí No

HABITOS SOCIALES:

¿Haces amigos fácilmente? Sí No ¿Cuáles son tus pasatiempos? _____

¿Cómo pasas tu tiempo libre? _____

¿Para qué desearías tener más tiempo? _____

Por favor, describa el tipo de persona que cree que es? _____

¿Qué clase de persona creen que eres? _____

INFORMACION DEMOGRÁFICA REQUERIDA: (circule todos los que correspondan)

origen étnico:

Afroamericanos	Indio (asiático)	Otro Grupo Asiático
Camboya	Japonés	Otros hispanos/latinos
Caucásico	Coreano	Otros (no declarado)
Chino	Laosiano	Filipino
Cubano	Mexicano/Mexicano- Americano	Puertorriqueño
Guamanian	Nativo de Alaska	Samoano
Hawaiano	Nativo Americano	Vietnamita

Tu edad por categoría: 15-18 19-20 21-24
 25-44 45-64 65+

Su idioma principal: Inglés Español Otro

¿Es usted monolingüa en su idioma principal indicado anteriormente? Sí No

Su salario anual aproximado: (circule su respuesta)

0-\$10,000	<input type="radio"/>	\$50,001-\$65,000	<input type="radio"/>
\$10,001-\$25,000	<input type="radio"/>	\$65,001-\$80,000	<input type="radio"/>
\$25,001-\$35,000	<input type="radio"/>	\$80,001-\$100,000	<input type="radio"/>
\$35,001-\$50,000	<input type="radio"/>	\$100,000 and above	<input type="radio"/>

¿Está actualmente desempleado? Sí No

¿Está recibiendo beneficios de desempleo? Sí No

¿Es usted miembro de un sindicato y recibe beneficios de huelga? Sí No

¿Estás jubilado? Sí No Importe mensual

¿Recibes alguna subsistencia social? AFDC Cantidad: _____

SSI/SSD Cantidad: _____

Other Cantidad: _____

EVALUACIÓN ELEMENTAL PARA EL USO/ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas pertenecen a su uso de alcohol y otras drogas. Sus respuestas serán confidenciales. Marque la respuesta que conforma lo mejor. Responda a la pregunta en términos de su experiencias **en los últimos seis meses.**

Durante los seis meses pasados...

1. Ha usado alcohol u otras drogas, como vino, cerveza, licor/aguardiente; marihuana; cocaína; heroína, u otras drogas de opio; los estimulantes; los sedantes; los alucinógenos; ¿o los inhalantes en los últimos seis meses?

Sí No

2. Ha sentido que usa alcohol y/u otras drogas con exceso **en los últimos seis meses?**

Sí No

3. Ha tratado de dejar o limitar el uso de alcohol y otras drogas **en los últimos seis meses?**

Sí No

4. Ha buscado ayuda de cualquier persona u organización por su manera de beber alcohol o usar drogas, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, Cocaína Anónimos, consejeros o programa de tratamiento en los últimos seis meses?

Sí No

5. Ha tenido algunos problemas de salud **en los últimos seis meses?**

- No recuerda lo que se dijo o hizo mientras estaba bajo la influencia?
- Se ha lastimado la cabeza después de beber alcohol o usar drogas?
- Ha tenido convulsiones, temblores y/o alucinación causadas por querer dejar el alcohol ("DT's")?
- Ha tenido algún tipo de hepatitis o otra enfermedad del hígado?
- Te sentiste enfermo, tembloroso o deprimido cuando te detuviste?
- Ha tenido sensaciones como gatear (o gatear) debajo de su piel después de dejar de usar drogas?
- Se ha lastimado después de usar alcohol o drogas?
- Ha usado inyecciones o agujas para drogas?
- Alucinaciones experimentadas?

Si es así, antes de usar drogas ? Después del uso de drogas ?

6. Ha tenido problemas con su familia o amistades por causa de usar drogas o su manera de beber alcohol **en los últimos seis meses?**

Sí No

7. Ha tenido problemas en el trabajo o escuela por causa del alcohol o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí No

SIMPLE ASSESSMENT TOOL FOR AOD ABUSE, PAGE 2

8. Además de este DUI presente, ¿ha sido arrestado o tuvo otros problemas legales, como botar cheques sin fondos, conducir en estado de ebriedad, robo o posesión de drogas **en los últimos seis meses?**

Sí No

9. Ha perdido su temperamento y/o se ha metido en pleitos cuando está usando alcohol o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí No

10. Necesita usted beber más y más alcohol o usar más y más drogas para conseguir el mismo efecto que usted quiera **en los últimos seis meses?**

Sí No

11. Esta usted preocupado o pensando mucho de usar alcohol y/o drogas **en los últimos seis meses?**

Sí No

12. Cuando usando alcohol y/o drogas, es más probable que usted haga más cosas que no hace normalmente? Como quebrar las reglas, cometer un desafuero o crimen, ¿vender objetos que son importantes para usted, o tener sexo sin protección con alguien **en los últimos seis meses?**

Sí No

13. Se siente mal o culpable a veces por usar drogas y/o el modo en que consume alcohol **en los últimos seis meses?**

Sí No

Las preguntas siguientes pertenecen a sus experiencias total (epoca de su vida).

14. Ha tenido alguna vez un problema con alcohol y/o otras drogas??

Sí No

15. Algún miembro de su familia ha tendido problemas con alcohol y/o otras drogas??

Sí No

16. Piensa que tiene un problema con alcohol y/o drogas ahora??

Sí No

Firma del Participante: _____ Fecha de Discusión: _____

Puntuación para la herramienta de evaluación del abuso AOD
Sólo para uso de consejeros

Nombre del Participante: _____ Fecha en que se llevó a cabo la evaluación: _____

Los puntos 1 y 15 no se punt realizan.

Los siguientes elementos se punt realizan como 1 (sí) o 0 (no):

_____ 2	_____ 6	_____ 10	_____ 14
_____ 3	_____ 7	_____ 11	_____ 16
_____ 4	_____ 8	_____ 12	
_____ 5	_____ 9	_____ 13	

Puntaje Total: _____

Rango de puntuación: 0-14

Puntaje _____ **Grado de riesgo de abuso de AOD**

0-1..... Nada a Poco

2-3..... Mínimo

4+ Moderado a alto: posible necesidad de una evaluación adicional

Resultados de la evaluación: _____

¿Se discutieron los resultados de la evaluación con el participante? Sí No

Firma del Consejero: _____ Fecha de discusion: _____

Firma del participante: _____ Fecha de discusion: _____

Comentarios:

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS CONFIDENCIALES

Yo, _____ por la presente autoriza a Dalton & Associates a divulgar información y registros relacionados con mi participación en el programa a los siguientes:

- El Departamento de Motor Vehicles.
- El Departamento de Servicios de Salud.
- Las Oficinas del Condado de Servicios de Abuso de Alcohol y Drogas.
- Las ramas apropiadas del Sistema Judicial.
- Mi abogado sonal .
- Mi personal physician

La divulgación de información y/o registros aquí autorizados es necesaria con el propósito de establecer o determinar mi estado, progreso y/o cumplimiento de los términos y condiciones de mi participación en el programa. Dicha divulgación se limitará a la información y/o registros con respecto a mi progreso y participación en el programa.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada por los abajo firmantes en cualquier momento, excepto en la medida en que se ha tomado medidas en función de ello. Si no se revoca antes, terminará noventa (90) días después de que mi participación en el programa haya terminado. También entiendo que a pesar de los códigos (California Civil Codes 56. 11 y 56. 15, y Reglamento Federal CFR Sección 2. 31), la información confidencial y/o los registros pueden ser divulgados sin mi autorización de conformidad con las leyes estatales y federales en las siguientes circunstancias:

- De conformidad con una citación u orden **judicial** apropiada.
- Denunciar abuso infantil o abuso **de** ancianos.
- Informar a una persona que es un peligro para hm/ **SÍ** mismo o un tercero .
- Informar de la intención de cometer un delito en las instalaciones del programa o contra el personal del programa.

Una fotocopia, fax, correo electrónico o copia duplicada de esta autorización será tan válida como la original.

Firma del participante	fecha
------------------------	-------

Yo, _____, also hereby authorize Dalton & Associates, para divulgar información a mi **representante** designado:

Nombre _____ Relación. _____ Teléfono. _____

Dicha información se limitará a la información relativa al pago, la programación y, en caso de emergencia, con el fin de facilitar el tratamiento. Esta autorización se guía por los mismos Códigos de California y las Regulaciones Federales indicadas anteriormente terminarán al mismo tiempo.

Firma del Participante	Fecha
Firma del testigo	Fecha

A:-DUI CONTRATOS Y FORMULARIOS EN EL DISCO'Release of Confidentiality. doc
03/11/04