

*\*Que deberá realizar el médico de forma oral\**

¿Qué cuidador estuvo involucrado? (nombre del cliente)

\_\_\_\_\_

Fecha de Actividad: \_\_\_\_\_

**Programa**

- Convertirse en Mamá
- Planificación Familiar
- Salud Maternal Infantil (MCH/M&I)
- Iniciativa de Mantenimiento del Embarazo (PMI)
- Embarazo de Adolescentes (TPTCM)
- Kansas Conectando Comunidades

**Comienzo:** *“Te voy a hacer algunas preguntas que les hago a todos los pacientes. Por favor responde sinceramente. Tus respuestas serán confidenciales.”*

**Parte A**

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, cuántos días:

N° de días

1. ¿Has bebido algo más que unos sorbos de cerveza, vino o alguna bebida con **alcohol**?  
Di “0” si la respuesta es ninguno.
2. ¿Has usado algún tipo de **marihuana** (cannabis, aceite, cera, para fumar, vaporizar, fumar dosis muy concentradas o “dabs” o en los alimentos) o “**marihuana sintética**” (como “K2”, “Spice”)? Di “0” si la respuesta es ninguno.
3. ¿Has usado **algo más para drogarte** (como otras drogas ilegales, medicamentos recetados o de venta libre, y cosas para inhalar, esnifar, vaporizar o inyectarse)? Di “0” si la respuesta es ninguno.
4. ¿Has usado un **dispositivo vaporizador\* que contiene nicotina o sabores**, o algún **producto de tabaco†**? Di “0” si la respuesta es ninguno.

\* Como cigarrillos electrónicos, “mods”, dispositivos “pod” como JUUL, vaporizadores descartables como Puff Bar, vaporizadores tipo bolígrafo o pipas de agua electrónicas.  
† Pitos, cigarrillos, cigarrillos, pipas, tabaco de mascar, tabaco rapé, “snus” o solubles.

**Si el/la paciente respondió...**

“0” en todas las preguntas de la Parte A



Solo hágale la primera pregunta de la Parte B a continuación y luego **DETÉNGASE**

“1” o más en las P. 1, 2, o 3



Hágale las 6 preguntas de la Parte B a continuación

“1” o más en la P. 4



Hágale las 10 preguntas de la Parte C en la siguiente página

**AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:**

La información consignada en esta página se encuentra protegida por normas federales especiales en materia de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR], Parte 2), que prohíben su divulgación salvo que se autorice mediante consentimiento específico por escrito.

**Parte B**

		Marque uno	
<b>C</b>	¿Alguna vez has viajado en un vehículo ( <b>CAR</b> ) conducido por alguien (incluido/a tú mismo/a) que estaba drogado o que había consumido alcohol o drogas?	No	Si
<b>R</b>	¿Alguna vez consumes alcohol o drogas para relajarte ( <b>RELAX</b> ), sentirte mejor contigo mismo/a o integrarte en un grupo?	No	Si
<b>A</b>	¿Alguna vez consumes alcohol o drogas cuando estás solo/a ( <b>ALONE</b> ) o sin compañía?	No	Si
<b>F</b>	¿Alguna vez te olvidas ( <b>FORGET</b> ) de cosas que has hecho mientras consumías alcohol o drogas?	No	Si
<b>F</b>	¿Tus familiares o amigos ( <b>FAMILY</b> or <b>FRIENDS</b> ) alguna vez te dicen que deberías disminuir el consumo de alcohol o drogas?	No	Si
<b>T</b>	¿Alguna vez te has metido en problemas ( <b>TROUBLE</b> ) al consumir alcohol o drogas?	No	Si

**Dos o más respuestas afirmativas sugieren un problema grave con la que requiere continuar evaluando el caso.**

**Parte C**

*“Las siguientes preguntas son sobre el uso de dispositivos vaporizadores que contienen nicotina o sabores, o sobre el uso de productos de tabaco.”\**

		Marque uno	
<b>1.</b>	¿Alguna vez has intentado <b>DEJAR</b> de consumir, pero no pudiste?	Si	No
<b>2.</b>	¿ <b>ACTUALMENTE</b> usas vaporizador o tabaco porque te resulta muy difícil dejar de consumir?	Si	No
<b>3.</b>	¿Alguna vez has sentido que eres <b>ADICTO/A</b> al vaporizador o al tabaco?	Si	No
<b>4.</b>	¿Alguna vez sientes muchas <b>GANAS</b> de usar vaporizador o tabaco?	Si	No
<b>5.</b>	¿Alguna vez has sentido que realmente <b>NECESITABAS</b> usar vaporizador o tabaco?	Si	No
<b>6.</b>	¿Te resulta difícil evitar usar vaporizador o tabaco en <b>LUGARES</b> donde supuestamente no debes hacerlo, como la escuela?	Si	No
<b>7.</b>	Cuando <b>NO HAS USADO</b> vaporizador o tabaco durante un tiempo (o cuando has intentado dejar de usarlo)...		
	<b>a.</b> ¿te resultó difícil <b>CONCENTRARTE</b> porque no podías usar vaporizador o tabaco?	Si	No
	<b>b.</b> ¿te sentiste más <b>IRRITABLE</b> porque no podías usar vaporizador o tabaco?	Si	No
	<b>c.</b> ¿sentiste <b>NECESIDAD</b> o ganas intensas de usar vaporizador o tabaco?	Si	No
	<b>d.</b> ¿te sentiste <b>NERVIOSO/A</b> , inquieto/a o ansioso/a porque no podías usar vaporizador o tabaco?	Si	No

**Una o más respuestas afirmativas en Parte C sugieren un problema grave con la nicotina que requiere continuar evaluando el caso.**

## \*Referencias:

Wheeler, K. C., Fletcher, K. E., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2004). Screening adolescents for nicotine dependence: the Hooked On Nicotine Checklist. *J Adolesc Health, 35*(3), 225–230; McKelvey, K., Baiocchi, M., & Halpern-Felsher, B. (2018). Adolescents' and Young Adults' Use and Perceptions of Pod-Based Electronic Cigarettes. *JAMA Network Open, 1*(6), e183535.

**AVISO PARA EL PERSONAL DE LA CLÍNICA Y EXPEDIENTES MÉDICOS:**

La información consignada en esta página se encuentra protegida por normas federales especiales en materia de confidencialidad (Título 42 del Código de Reglamentos Federales [CFR], Parte 2), que prohíben su divulgación salvo que se autorice mediante consentimiento específico por escrito.