



ESTADO DE MISSOURI
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS PARA PERSONAS MAYORES
EVALUACIÓN PERINATAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

NOMBRE DE LA CLIENTE	NOMBRE DEL PROVEEDOR	FECHA
----------------------	----------------------	-------

Con el fin de ayudarle a tener un embarazo y un bebé saludables, por favor responda las siguientes preguntas.

TABACO (CIGARRILLOS, CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS O TABACO DE MASCAR)

1. Elija la afirmación que mejor describe su consumo de tabaco:

- ☐ A. NUNCA he consumido un producto de tabaco (he fumado menos de 100 cigarrillos).
- ☐ B. Dejé de consumir productos de tabaco ANTES de enterarme de que estaba embarazada y no los consumo ahora.
- ☐ C. Dejé de consumir productos de tabaco DESPUÉS de enterarme de que estaba embarazada y no los consumo ahora.
- ☐ D. Consumo algunos productos de tabaco ahora, pero he reducido el consumo DESDE que me enteré de que estaba embarazada.
- ☐ E. Consumo productos de tabaco regularmente ahora, aproximadamente igual que ANTES de enterarme de que estaba embarazada.

Se debe ofrecer una remisión a todas las pacientes que elijan la respuesta D o E.

- ☐ La paciente rechazó la remisión para dejar el consumo de tabaco.
- ☐ Se hizo la remisión para esta paciente para dejar el consumo de tabaco a: _____

ALCOHOL

NOTA: 1 Bebida = 1.5 oz. de licor (aprox. 40% de alcohol), 12 oz. de cerveza, 5 oz. de vino (aprox. 12% de alcohol), u 8-9 oz. de licor de malta (aprox. 7% de alcohol)

2. Desde que me enteré de que estoy embarazada, normalmente consumo _____ bebidas alcohólicas por semana. ☐ Ninguna
3. En la última semana, he consumido _____ bebidas alcohólicas. ☐ Ninguna
4. He sentido que debo reducir mi consumo de alcohol.
☐ Sí ☐ No
5. La gente me ha molestado al criticar mi consumo de alcohol.
☐ Sí ☐ No
6. Me he sentido incómoda por la manera en que consumo alcohol.
☐ Sí ☐ No
7. He consumido alcohol en la mañana para calmar mis nervios o quitarme la resaca (abridor de ojos).
☐ Sí ☐ No
8. Me he sentido incómoda por las consecuencias que han ocurrido debido a mi consumo de alcohol.
☐ Sí ☐ No
9. Siento que tengo un problema con el consumo de alcohol.
☐ Sí ☐ No

Se debe ofrecer una remisión a todas las pacientes que respondan afirmativamente a cualquiera de las preguntas 2–9.

- ☐ La paciente rechazó la remisión por consumo de alcohol.

☐ Se hizo la remisión para esta paciente por consumo de alcohol a: _____

OTRAS DROGAS

10. He consumido drogas:	NUNCA	EN EL PASADO	ACTUALMENTE
Cannabis/Marihuana (hierba, hachís, etc.)	☐	☐	☐
Cocaína (coca, crack, etc.)	☐	☐	☐
Metanfetaminas (speed, cristal, hielo, etc.)	☐	☐	☐
Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, PCP, Ketamina, éxtasis, etc.)	☐	☐	☐
Sedantes o pastillas para dormir (Valium, Serepax, Ativan, Xanax, Librium, Rohypnol, GHB, etc.)	☐	☐	☐
Narcóticos (heroína, opio, etc.)	☐	☐	☐
Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, tiner, etc.)	☐	☐	☐
Medicamentos con receta (fentanilo, oxicodona [OxyContin, Percocet], hidrocodona [Vicodin], metadona, buprenorfina, etc.)	☐	☐	☐

Si respondió NUNCA a todas las drogas – Deténgase aquí.

11. He sentido que debería reducir mi consumo de drogas.

☐ Sí ☐ No

12. La gente me ha molestado al criticar mi consumo de drogas.

☐ Sí ☐ No

13. Me he sentido incómoda por mi consumo de drogas.

☐ Sí ☐ No

14. He consumido drogas en la mañana para calmar mis nervios o quitarme la resaca (abridor de ojos).

☐ Sí ☐ No

15. He consumido drogas por _____ años. La última vez que consumí drogas fue _____.

16. He tenido “lagunas mentales” o “recuerdos repentinos” debido al consumo de drogas.

☐ Sí ☐ No

17. Siento que tengo un problema con el consumo de drogas.

☐ Sí ☐ No

Se debe ofrecer una remisión a todas las pacientes que respondan afirmativamente a cualquiera de las preguntas 10–17.

☐ La paciente rechazó la remisión por consumo de drogas.

☐ Se hizo la remisión para esta paciente por consumo de drogas a: _____

BENEFICIOS/SERVICIO MILITAR

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Ha prestado alguna vez servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos y se ha separado de dicho servicio bajo condiciones distintas a deshonrosas? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. Si respondió sí, ¿le gustaría recibir información y asistencia sobre beneficios y servicios para veteranos? | ☐ Sí | ☐ No |

3. Si respondió sí, ¿puede la agencia compartir su información de contacto con la Comisión de Veteranos de Missouri para brindarle dicha información?

☐ Sí

☐ No

Información general también se puede encontrar en el sitio web de la Comisión de Veteranos de Missouri.

