

AUDIT cuestionario de prueba de detección de alcohol

Debido que ingerir alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Si se siente incómodo al llenar este formulario, hágaselo saber a su proveedor de atención médica.

Una bebida:



12 oz.
cerveza



5 oz.
vino



1.5 oz.
licor
(un trago)

1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contenga alcohol?	Nunca	Mensualmente o menos	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol toma en un día normal cuando bebe?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más tragos en una ocasión?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se dio cuenta que no podía parar de beber una vez que comenzaba?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que se esperaba normalmente de usted debido a estar bebiendo?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado de un primer trago en la mañana para iniciar una actividad después de una fuerte sesión de bebidas?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior debido a que estuvo bebiendo?	Nunca	Menos que mensualmente	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
9. ¿Usted o alguien más han sido lastimados debido a que usted estuviera bebiendo?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro trabajador de atención médica ha estado preocupado con el hecho que usted beba o le ha sugerido que lo deje?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año

0

1

2

3

4

I Low Risk/Abstain AUDIT: 0–7	II Risky AUDIT: 8–15	III Harmful AUDIT: 16-19	IV Dependent AUDIT: 20+
--	---------------------------------------	---	--

For Clinician:			
Clinician Name: _____		Date: _____	AUDIT Zone: _____
Brief intervention:	<input type="checkbox"/> Raised subject	<input type="checkbox"/> Not done	<input type="checkbox"/> Referral recommended
	<input type="checkbox"/> Provided feedback		
	<input type="checkbox"/> Enhanced motivation		
	<input type="checkbox"/> Negotiated plan		