

Alcohol Symptom Checklist – Spanish

Lista de verificación de los síntomas de abuso del alcohol



Patient Label

Name: _____

MRN: _____

Date: _____

Para ayudarles a usted y a su proveedor a entender la forma en la que su consumo de alcohol podría estar afectando su salud, responda las siguientes preguntas.

ENCIERRE EN UN CÍRCULO la mejor respuesta a cada pregunta.

En los últimos 12 meses...

1. ¿Notó que tomar la misma cantidad de alcohol tiene un menor efecto del que solía tener o tuvo que beber más para emborracharse?	No	Sí
2. Cuando bebe menos o deja de beber, ¿comienza a sudar, se siente nervioso, le duele el estómago o le tiemblan las manos? ¿Ha bebido alcohol o consumido otras sustancias para evitar estos síntomas?	No	Sí
3. Cuando ha bebido, ¿lo ha hecho por más tiempo de lo que había planeado?	No	Sí
4. ¿Ha querido disminuir o detener su consumo de alcohol pero no ha sido capaz de hacerlo?	No	Sí
5. ¿Pasa mucho tiempo tratando de conseguir alcohol, bebiendo o recuperándose después de haber bebido?	No	Sí
6. ¿Ha seguido bebiendo a pesar de saber o sospechar que le genera problemas mentales o físicos, o que los empeora?	No	Sí
7. ¿Su forma de beber ha interferido con sus responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar?	No	Sí
8. ¿Ha estado ebrio más de una vez en situaciones donde es peligroso estarlo, como al manejar un automóvil u operar maquinaria?	No	Sí
9. ¿Ha bebido alcohol a pesar de saber o sospechar que le causa problemas con su familia u otras personas?	No	Sí
10. ¿Experimentaba grandes deseos o antojos de consumir alcohol?	No	Sí
11. ¿Ha pasado menos tiempo trabajando, disfrutando sus pasatiempos o conviviendo con otras personas por su forma de beber?	No	Sí