

N.º de ID de cliente _____

Fecha de administración: _____

USO DE SUSTANCIAS

AUTOADMINISTRADO POR EL CLIENTE

1. **En los últimos 30 días, ¿ha usado nicotina, cigarrillos electrónicos o vapeo?**
 - Sí
 - No → Ir a P3
 - Prefiero no contestar → Ir a P3
 - No sé → Ir a P3

2. **En los últimos 30 días, ¿aproximadamente con qué frecuencia ha usado nicotina, cigarrillos electrónicos o vapeo?**
 - Diariamente
 - Semanalmente
 - Mensualmente
 - Menos de una vez al mes

3. **En los últimos 30 días, ¿ha consumido alcohol?**
 - Sí
 - No → Ir a P5
 - Prefiero no contestar → Ir a P5
 - No sé → Ir a P5

4. **En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha consumido alcohol?**
 - Diariamente
 - Semanalmente
 - Mensualmente
 - Menos de una vez al mes

5. **En los últimos 30 días, ¿ha usado marihuana? (Esto se refiere a THC, no a CBD solo)**
 - Sí
 - No → Ir a P8
 - Prefiero no contestar → Ir a P8
 - No sé → Ir a P8

Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.

- 6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado marihuana?**
- Diariamente
 - Semanalmente
 - Mensualmente
 - Menos de una vez al mes
- 7. ¿La marihuana fue recetada por un médico u otro profesional de atención médica?**
- Sí
 - No
 - Prefiero no contestar
 - No sé
- 8. En los últimos 30 días, ¿ha usado opioides? Los opioides pueden incluir medicamentos como Vicodin, Oxycontin, hidrocodona, Percocet y metadona.**
- Sí
 - No → *Ir a P11*
 - Prefiero no contestar → *Ir a P11*
 - No sé → *Ir a P11*
- 9. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado opioides?**
- Diariamente
 - Semanalmente
 - Mensualmente
 - Menos de una vez al mes
- 10. ¿Los opioides fueron recetados?**
- Sí
 - No
 - Prefiero no contestar
 - No sé
- 11. En los últimos 30 días, ¿ha usado estimulantes no recetados (p. ej., metanfetamina, cocaína, Adderall)?**
- Sí
 - No → *Ir a la siguiente sección*
 - Prefiero no contestar → *Ir a la siguiente sección*
 - No sé → *Ir a la siguiente sección*

12. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado estimulantes no recetados (p. ej., metanfetamina, cocaína, Adderall)?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Menos de una vez al mes