

Cuestionario de adolescentes

(Edades 12 – 17)

Pedimos que todos nuestros pacientes adolescentes completen este formulario una vez por año porque el abuso de sustancias y estado de ánimo pueden afectar tu salud. Por favor, pregúntale a tu proveedor de cuidados médicos si tienes alguna pregunta.

Yo entiendo la confidencialidad (privacidad) sobre mi información médica: ☐ SÍ ☐ NO

CRAFFT: Durante los últimos 12 meses:

1. ¿Tomaste más de unos cuantos tragos de cerveza, vino o cualquier bebida que contenía alcohol?

.....SÍ ☐ NO ☐

2. ¿Usaste cualquier tipo de marihuana (cannabis, mota, aceite, cera o hachís mediante fumar, vapear, untar o en productos comestibles) o “marihuana sintética” (como K2 y Spice)?.....

SÍ ☐ NO ☐

3. ¿Usaste algo más para drogarte (como otras drogas ilegales, píldoras, medicamentos recetados o no recetados y cosas que puedes oler, inhalar, vapear o inyectarte)?.....

SÍ ☐ NO ☐

4. Usaste un dispositivo de vapeo* que contenía nicotina o sabores, o usaste cualquier producto de tabaco**?.....

SÍ ☐ NO ☐

* Por ejemplo: cigarrillos electrónicos, dispositivos de vaina JUUL, vapeos desechables como Puff Bar, plumas de vapeo o narguiles electrónicos.

**Cigarrillos, cigarros, narguiles, tabaco de mascar, rapé, tabaco de consumo oral, solubles o bolsitas de nicotina.

1. ¿Has viajado en un VEHÍCULO manejado por alguien (incluyéndote a ti) que estaba drogado o que había usado alcohol o drogas?.....

SÍ ☐ NO ☐

PHQ-2

1. Durante las últimas dos semanas, ¿te has preocupado por tener muy poco interés o placer en hacer las cosas?

☐ (0) Para nada ☐ (1) Algunos días ☐ (2) Más de la mitad de los días ☐ (3) Casi todos los días

2. Durante las últimas dos semanas, ¿te has preocupado por sentirse triste, deprimido, irritable o desesperado?

☐ (0) Para nada ☐ (1) Algunos días ☐ (2) Más de la mitad de los días ☐ (3) Casi todos los días

C-SSRS

1) En los últimos 30 días, ¿has deseado morirte o poderte dormir y no despertar más?.....SÍ ☐ NO ☐

2) En los últimos 30 días, ¿has tenido de hecho algún pensamiento sobre cómo matarte?

.....SÍ ☐ NO ☐

6a) ¿ALGUNA VEZ has hecho algo, comenzado a hacer algo o preparado para hacer algo que termine con tu vida?.....

SÍ ☐ NO ☐

6b) Si respondes que SÍ, ¿fue esto en los últimos 3 meses?.....SÍ ☐ NO ☐

Para uso del personal – Vea al reverso de la página para instrucciones adicionales

© John R. Knight, MD, Boston Children's Hospital, 2020. Reproducido con permiso de Center for Adolescent Behavioral Health Research (CABHRe), Boston Children's Hospital. crafft@childrens.harvard.edu - www.crafft.org
Para más información, contacte en crafft@childrens.harvard.edu

POR-937 rev. 4/9/21

Para uso del personal – Formularios de evaluación adicionales

CRAFFT: Si responde que “Sí” a cualquier pregunta,
administre CRAFFT 2.1N

PHQ-2: Si responde que “Sí” a una o ambas
preguntas, administre PHQ-9

C-SSRS: Si responde que “Sí” a cualquier pregunta,
administre toda la C-SSRS