

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

## Alcohol Screening Questionnaire (AUDIT)

Drinking alcohol can affect your health and some medications you may take. Please help us provide you with the best medical care by answering the questions below.

Alcohol: One Drink =



12 oz.  
beer

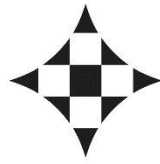


5 oz.  
wine



1.5 oz.  
liquor  
(one shot)

1. How often do you have a drink containing alcohol?	Never <input type="checkbox"/>	Monthly or less <input type="checkbox"/>	2 - 4 times a month <input type="checkbox"/>	2 - 3 times a week <input type="checkbox"/>	4 or more times a week <input type="checkbox"/>
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	1 or 2 <input type="checkbox"/>	3 or 4 <input type="checkbox"/>	5 or 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 or more <input type="checkbox"/>
3. How often do you have four or more drinks on one occasion?	Never <input type="checkbox"/>	Less than monthly <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Weekly <input type="checkbox"/>	Daily or almost daily <input type="checkbox"/>
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never <input type="checkbox"/>	Less than monthly <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Weekly <input type="checkbox"/>	Daily or almost daily <input type="checkbox"/>
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	Never <input type="checkbox"/>	Less than monthly <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Weekly <input type="checkbox"/>	Daily or almost daily <input type="checkbox"/>
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never <input type="checkbox"/>	Less than monthly <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Weekly <input type="checkbox"/>	Daily or almost daily <input type="checkbox"/>
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never <input type="checkbox"/>	Less than monthly <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Weekly <input type="checkbox"/>	Daily or almost daily <input type="checkbox"/>
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because you had been drinking?	Never <input type="checkbox"/>	Less than monthly <input type="checkbox"/>	Monthly <input type="checkbox"/>	Weekly <input type="checkbox"/>	Daily or almost daily <input type="checkbox"/>
9. Have you or someone else been injured because of your drinking?	No <input type="checkbox"/>	Yes, but not in the last year <input type="checkbox"/>	Yes, in the last year <input type="checkbox"/>		
10. Has a relative, friend, doctor, or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	No <input type="checkbox"/>	Yes, but not in the last year <input type="checkbox"/>	Yes, in the last year <input type="checkbox"/>		



# Neighborhood Family Practice

COMMUNITY HEALTH CENTERS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Detección de Alcohol

El consumo de alcohol puede afectar su salud y a algunos medicamentos que podría estar consumiendo. Ayúdenos a darle la mejor atención médica contestando a las siguientes preguntas.

**Un trago:** Equivale a:



12 oz.  
de cerveza



5 oz.  
de vino



1.5 oz.  
de licor  
(una copita)

1. ¿Con qué frecuencia bebe un trago con contenido de alcohol?	Nunca <input type="checkbox"/>	Una vez al mes o menos <input type="checkbox"/>	2 - 4 veces al mes <input type="checkbox"/>	2 - 3 veces por semana <input type="checkbox"/>	4 o más veces por semana <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuántos tragos que contengan alcohol consume en un día típico cuando está bebiendo?	1 o 2 <input type="checkbox"/>	3 o 4 <input type="checkbox"/>	5 o 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 o más <input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencia bebe cuatro o más tragos en una ocasión?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	Diario o casi a diario <input type="checkbox"/>
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se dio cuenta de que no pudo dejar de beber una vez que había empezado?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	Diario o casi a diario <input type="checkbox"/>
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha dejado de hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	Diario o casi a diario <input type="checkbox"/>
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana para ponerse en acción después de una sesión de beber abundantemente?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	Diario o casi a diario <input type="checkbox"/>
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha tenido una sensación de culpa o remordimiento después de beber?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	Diario o casi a diario <input type="checkbox"/>
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior debido a su forma de beber?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Mensualmente <input type="checkbox"/>	Semanalmente <input type="checkbox"/>	Diario o casi a diario <input type="checkbox"/>
9. ¿Usted o alguien más han resultado heridos debido a su forma de beber?	No <input type="checkbox"/>	Sí, pero no en el último año <input type="checkbox"/>		Sí, en el último año <input type="checkbox"/>	
10. ¿Ha estado preocupado por su forma de beber o le ha sugerido que beba menos algún pariente, amigo, médico u otro trabajador de la atención a la salud?	No <input type="checkbox"/>	Sí, pero no en el último año <input type="checkbox"/>		Sí, en el último año <input type="checkbox"/>	