



Patient Name: _____
Date of Birth: _____

Drug Screening Questionnaire (DAST)

Using drugs 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.

Which of the following drugs have you used in the past year? (Check all that apply)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cocaine, crack | <input type="checkbox"/> marijuana, pot, kush, herb, weed |
| <input type="checkbox"/> hallucinogens (LSD, mushrooms) | <input type="checkbox"/> speed, crystal, Ritalin, Adderall |
| <input type="checkbox"/> heroin, oxycodone, Vicodin, oxycontin, Percocet, methadone (narcotics) | <input type="checkbox"/> Valium, Xanax (tranquilizers) |
| <input type="checkbox"/> inhalants (paint thinner, aerosol, glue) | <input type="checkbox"/> other _____ |

	YES	NO
1. Have you used drugs other than those required for medical reasons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you use more than one drug at a time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Are you unable to stop using drugs when you want to?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you had "blackouts" or "flashbacks" as a result of drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do you ever feel bad or guilty about your drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Does your spouse (or parents) ever complain about your involvement with drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Have you neglected your family because of your use of drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you engaged in illegal activities in order to obtain drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you experienced withdrawal symptoms (felt sick) when you stopped taking drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Have you had medical problems as a result of your drug use (e.g. memory loss, hepatitis, convulsions, bleeding, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Cuestionario de Detección de Drogas (DAST)

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

¿Cuál de las siguientes drogas utilizó el año pasado?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cocaína | <input type="checkbox"/> marihuana, maría |
| <input type="checkbox"/> alucinógenos (LSD, hongos) | <input type="checkbox"/> speed, cristal, Ritalin, Adderall (metanfetaminas) |
| <input type="checkbox"/> heroína, Vicodin, oxicodona, Percocet, metadona (narcóticos) | <input type="checkbox"/> Valium, Xanax (tranquilizantes) |
| <input type="checkbox"/> inhalantes (tíner o adelgazante de pintura, aerosol, pegamento) | <input type="checkbox"/> otros _____ |

	SI	NO
1. ¿Ha utilizado medicamentos distintos de los necesarios por motivos médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿No puede dejar de usar drogas cuando quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha experimentado pérdida temporal de la memoria o escenas retrospectivas como resultado del uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿En ocasiones se siente mal o culpable por su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se quejan alguna vez su cónyuge (o padres) por su implicación con las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha participado en actividades ilegales a fin de obtener drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha experimentado alguna vez síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando ha dejado de consumir drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>