

Identificación **Fecha**

Conteste a las siguientes cuestiones, haciendo referencia al último año.

1. ¿Con que frecuencia toma alguna “bebida” que contenga alcohol?

- Nunca una o menos veces al mes .. 2 - 4 veces al mes ..
 2 – 3 veces por semana 4 ó más veces por semana ..

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” toma durante un día típico en el que ha bebido?

- 1 ó 2 3 ó 4 5 ó 6 7 a 9 10 ó más

3. ¿Con que frecuencia toma seis “bebidas” o más en un sola ocasión?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
 Semanalmente A diario o casi a diario

4. ¿Con que frecuencia en el último año ha sentido incapacidad de parar de beber una vez que había comenzado?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
 Semanalmente A diario o casi a diario

5. ¿Con que frecuencia durante el último año no pudo hacer lo que normalmente se esperaba de usted debido a la bebida?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
 Semanalmente A diario o casi a diario

6. Durante el último año, ¿con que frecuencia necesitó tomar alguna “bebida alcohólica” por la mañana para poder ponerse en funcionamiento después de una noche de haber bebido mucho?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
 Semanalmente A diario o casi a diario

7. Durante el último año ¿con que frecuencia se sintió culpable o con remordimientos después de haber bebido?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
 Semanalmente A diario o casi a diario

8. Durante el último año, ¿en cuántas ocasiones no fue capaz de recordar lo que le había pasado la noche anterior por haber estado bebiendo?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente
 Semanalmente A diario o casi a diario

9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?

- No Sí, pero no en el último año Sí, el último año

10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario le ha expresado su preocupación por su bebida o le ha sugerido dejar de beber?

- No Sí, pero no en el último año Sí, el último año

TOTAL: