

**Identificación** ..... **Fecha** .....

*Conteste si se ha sentido identificado/a con alguna de las situaciones siguientes:*

		<u>Si</u>	<u>No</u>
1.- ¿Piensa usted que come demasiados dulces? .....			
2.- ¿Le han ofrecido alguna vez un “porro” o una dosis de cocaína? .....			
3.- ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? .....			
4.- ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente? .....			
5.- ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?			
6.- ¿Ha tenido usted la impresión de que debería beber menos? .....			
7.- ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar? .....			
8.- ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras? .....			
9.- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su forma de beber? .....			
10.- ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos? .....			
11.- ¿Alguna vez lo primero que se ha planteado por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de la resaca? .....			
12.- ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación? .....			

**TOTAL:**