

# Virginia Alcohol Safety Action Program

(Programa de Acción para la Seguridad de Alcohol)

## Cuestionario de Admisión

Nombre

Completo: \_\_\_\_\_  
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono principal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Licencia para Conducir: \_\_\_\_\_

Últimos Cuatro Números de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Es usted un estudiante?  No  Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

### Historia Médica

Condiciones Médicas: \_\_\_\_\_

Medicamentos Pre-escritos: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez un profesional médico le ha dicho que no use alcohol o drogas?  No  Sí

¿Usted tiene alguna condición médica directamente relacionada con el uso de alcohol o drogas?

No  Sí, indique las condiciones: \_\_\_\_\_

### Historia Legal ¿Ha tenido algún ...

*Arresto previo o condenas por: (No incluya la referencia presente)*

*DUI: Conducir bajo la influencia*  No  Sí, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

*Intoxicación Pública*  No  Sí, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

*Posesión de Alcohol siendo Menor de Edad*  No  Sí, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

*Delitos de Drogas*  No  Sí, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

¿Otros Cargos Criminales (incluyendo conducción peligrosa)  No  Sí, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

*Lista de Cargos:* \_\_\_\_\_

¿Tiene cargos pendientes?  No  Sí, ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

*Liste cargos pendientes:* \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente en libertad condicional con alguna otra agencia?  No  Sí,

*Anote el nombre de la agencia:* \_\_\_\_\_

*Nombre del oficial de libertad condicional:* \_\_\_\_\_

### Sobre Su Referencia Actual:

¿Cuál fue su cargo original /delito? \_\_\_\_\_

*Fecha de su cargo original /delito:* \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN ADICIONAL EN LA PARTE DE ATRAS

¿Cuál fue su condena definitiva? \_\_\_\_\_ Tribunal de Convicción \_\_\_\_\_

Fecha de Convicción: \_\_\_\_\_

¿Qué bebidas de alcohol y/o que medicamentos uso el día de su arresto? \_\_\_\_\_

¿Cuánto bebió / uso ese día? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue la ocasión? \_\_\_\_\_

¿Tuvo un accidente ese día?  No  Sí      ¿Hubo heridos?  No  Sí

¿Cuál fue su BAC (cantidad de alcohol en la sangre) en el momento del arresto? \_\_\_\_\_

¿Se sintió intoxicado?  No  Sí

### Historia de Alcohol y Drogas

¿Cuántos días a la semana consume alcohol? \_\_\_\_\_

¿Qué tanto alcohol consume en esas ocasiones? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol? \_\_\_\_\_

¿Cuánto consumió? \_\_\_\_\_

¿Qué drogas ha utilizado en los últimos seis meses:

Cocaína     Marihuana     Heroína     Anfetaminas  Otra: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha intentado dejar de...

Beber?  No     Sí, ¿Cuánto tiempo se abstuvo? \_\_\_\_\_

Usar Drogas?  No     Sí, ¿Cuánto tiempo se abstuvo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado un medicamento recetado que fue no prescrito a usted?  No     Sí, ¿Qué medicamentos tomó usted? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus parientes de sangre tienen, o tenían, un problema con alcohol o drogas?  No     Sí

¿Previamente Ha tenido algún(a) ...

Educación de Alcohol/Drogas?  No     Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Tratamiento de Alcohol / Drogas?  No     Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Participación ASAP?  No     Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Asistencia previa de AA o NA?  NO     Sí, su asistencia fue  Voluntaria     Orden de Corte

**Yo certifico que esta información es exacta al mejor de mi conocimiento.**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Uso de la oficina de ASAP- ASAP Office Use Only

Indicate Service Type: \_\_\_\_\_