



Servicio de Drogas y Alcohol

CWS Testing Only Clients Triage Sheet (Spanish)

Nombre: (Primera, Segundo, y Apellido) _____
(Par.favor deleetree su Segundo Hombre)

Direccion: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____

Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Esta bien dejar mensaje? Si No

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

Fuente de referencia: CWS Medi-Cal: Si No Condado? _____

RESPONDE A TODAS LAS PREGUNTAS

Cual es su droga de preferencia?..... Alcohol Otra sustancia

Es un usuario de IV?..... Si No

Esta embarazada? Si No? ... Si le aplica, Cual es la fecha de parto?: _____

Ha un intento de suicidio en los ultimos 30 dias?..... Si No

Ha tenido una sobredosis en los ultimos 30 dias?. Si No

Esta usando metadona? Si No

Tiene alguna receta para Opiacea y/o Analgesicos?. Si No

Es usted un paciente activo para el manejo del dolor? Si No

Ha sido dado de alta del hospital en los ultimos 14 dias? Si No

MEDICAMENTOS (por favor enumere)

Nombre del medicamento	Dosificacion	Frecuencia	Medico prescriptor

AZ# _____

Date: _____