

**FICHA PARA ATENCION TELEFONICA (Email: [linea1545@gmail.com](mailto:linea1545@gmail.com))**

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

1. Quien llama: (Adicto); (Padre); (Madre); (Hermano); (Hermana); (Amigo); (Amiga); (Conocido); (Conocida); (Hijo); (Hija); (Otro familiar); (Otro).
2. Sexo quien llama: M\_\_ F\_\_
3. Nombre (Ficticio solo para seguimiento) \_\_\_\_\_
4. Edad: \_\_\_\_\_ 5. Sexo del adicto: M\_\_ F\_\_ 6. Trabaja: Si\_\_ No\_\_
7. Actividad del Adicto: (Profesional); (Universitario); (Estudiante); (Obrero); (Ama de casa); (Técnico); (Agricultor); (Comerciante); (Piloto); (Maestro); (Sexo-servidor(a); (Desempleado); (Otro) Indique \_\_\_\_\_
8. Residencia del Adicto: Departamento: \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_
9. Motivo de consulta: (Re-consulta), (Información), (Consejería), (Emergencia)  
(Otro: \_\_\_\_\_)

Tipo de droga	Droga Principal	Edad primer consumo	Consumo actualmente	frecuencia de consumo
Alcohol				
Tabaco				
Mariguana				
Cocaína				
Crack				
Anfetaminas (Estimulantes, éxtasis)				
Tranquilizantes (Diazepam, pastillas para dormir)				
Meperidina				
Hipnóticos (hongos, LSD)				
Heroína				
Morfina				
Inhalantes (Pegamento, gasolina, aerosoles)				
Otro (especifique)				
Se ha sentido deprimido/a		Edad inicio _____	Actualmente _____	Frecuencia _____

Intento de suicidio: Sí \_\_\_ No \_\_\_ Tiene plan para suicidarse: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Antecedentes de suicidio en algún familiar: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Lenguaje impropio: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Observaciones:

---

---

---

---

---

Dinámica de consumo

Resultado:

---

---

---

Tratamiento previo: Si \_\_\_ No \_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

