



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

Display Name- 6 Meses: Consumo de alcohol

Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su consumo de alcohol. Tómese el tiempo necesario para responder las preguntas y recuerde que toda la información que proporcione se mantendrá confidencial.

1. ¿Con qué frecuencia toma una bebida con alcohol?

- Nunca **[Pase a la P 9]**
- 1 vez al mes o menos
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces por semana
- 4 o más veces por semana

2. ¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día típico cuando bebe?

- 1 o 2 bebidas
- 3 o 4 bebidas
- 5 o 6 bebidas
- 7, 8 o 9 bebidas
- 10 o más bebidas

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas en un solo momento?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

4. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha descubierto que no puede dejar de beber una vez que ha comenzado?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días

5. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no hizo lo que normalmente se esperaba que haga a causa de la bebida?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días o casi todos los días



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

Display Name- 6 Meses: Consumo de alcohol

6. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha necesitado un primer trago por la mañana para ponerse en acción después de un momento de consumo de alcohol en exceso?
- Nunca
 Menos de una vez al mes
 Una vez al mes
 Una vez a la semana
 Todos los días o casi todos los días
7. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha sentido culpa o remordimiento después de beber?
- Nunca
 Menos de una vez al mes
 Una vez al mes
 Una vez a la semana
 Todos los días o casi todos los días
8. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no pudo recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- Nunca
 Menos de una vez al mes
 Una vez al mes
 Una vez a la semana
 Todos los días o casi todos los días
9. ¿Usted u otra persona han resultado lesionados a causa de su consumo de alcohol?
- No
 Sí, pero no en el último año
 Sí, durante el último año
10. ¿Algún pariente, amigo, médico u otro profesional de la salud se ha preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que deje de beber?
- No
 Sí, pero no en el último año
 Sí, durante el último año

¡Gracias por completar este cuestionario!

For Research Coordinator use only: CRF was: Self-administered Interviewer-administered