

ANEXOS

1. FICHA DE ACOGIDA CMAPA



Fecha Acogida
Fecha Recogida

Terap. Referencia

HISTORIA PERSONAL

Apellidos y Nombre

Fecha de nacimiento Edad Lugar de nacimiento

Años de residencia en Aragón Nacionalidad D.N.I.

Domicilio, c/ Barrio

C.P. Municipio Provincia

Teléfono MOVIL N° S.S.:

ACCESO AL CENTRO:

Correo electrónico:

MOTIVO CONSULTA

Propia	Salud
Familiar	Económico
Laboral	Legales
Otros	

Droga Principal, otras Drogas

ESTUDIOS**SITUACIÓN LABORAL**

No sabe leer ni escribir	Año/a de casa	Sin Permiso de trabajo
Elementales	Trabaja por Cuenta ajena	NS/NC/NP
Sin estudios / Pr. incompletos	Trabaja por Cuenta propia	OTRA:
Cursó incorporación laboral	Relaciones Laborales Sin S.S.	
Primarios	En paro con subsidio	
E.S.O.	Desempleado	
Bachillerato	Ingresos Sociales	Otras circunstancias:
F.P.	I.L.T.	
Diplomado universitario	Estudiante	
Licenciado universitario	Pensionista	

SITUACION CONVIVENCIA

Solo
Familia de origen
Familia adquirida
Alojamiento alternativo:
Sin domicilio
Pisos de acogida
Albergues / refugio
Centros residenciales
Centros de inserción
Vivienda propia:
Alquilada
En propiedad
Vivienda compartida
Piso compartido / habit. alquilada
Pensión
Otros (usuario en la calle)

ACOMPANANTE: NOMBRE DISP. HORARIA

CÓMO HA SIDO EL CONSUMO DE SUSTANCIAS. HISTORIA TOXICA

El paciente realiza la entrevista bajo los efectos de:

1. CUAL ES LA SUSTANCIA QUE LE OCASIONA EL PROBLEMA: _____
2. CUAL ES EL NOMBRE COMERCIAL: _____
3. EDAD DE INICIO:
4. TIEMPO DE MAYOR CONSUMO:
5. TOLERANCIA MAXIMA ALCANZADA:

CONSUMO ACTUAL

6. n.º DE VECES DIARIAS: _____ DOSIS DIARIAS: _____
7. n.º DE VECES SEMANAL: _____ DOSIS SEMANALES: _____
8. UNIDADES: _____
9. VIAS DE ADMINISTRACION:
- | | | | |
|--|--------|-----------|----------|
| | ORAL | ESNIFADA | INHALADA |
| | FUMADA | INYECTADA | |

ABSTINENCIA ACTUAL: AÑOS MESES DÍAS ÚLTIMO CONSUMO:

PERIODO DE MAXIMA ABSTINENCIA: AÑOS MESES DIAS

ENFERMEDADES- ANALITICAS	MEDICACION

CENTRO DE SALUD MEDICO DE CABECERA

UNIDAD DE SALUD MENTAL SERVICIOS DE URGENCIAS

OTROS INTENTOS DE DESHABITUACION

SITUACIÓN JUDICIAL

Sin antecedentes	Delitos Cometidos; Tipología
Sin nada pendiente	Control el patrimonio
Suspensión condena. Art. 87 C.Penal	Contra las personas
Medida seguridad art. 97 C.Penal	Contra la salud publica
Art. 182 cumpliendo CT (3º grado) Regl penitenciario	Contra la libertad sexual
Libertad condicional	Otros
Menores infracciones	Pendiente decisión Judicial
Sanciones administrativas	Nº Veces en Prisión

2. EVALUACIÓN SOCIAL (CMAPA)



EVALUACION SOCIAL

Fecha: _____

Nº Historia: _____

1. SITUACION DE VIVIENDA / ALOJAMIENTO.

Lugar de residencia: _____

- Ciudad grande > 100.000 h.
- Ciudad mediana ~ entre 10.000 y 100.000 h.
- Barrio rural / pueblo.

Tiempo de residencia en este lugar: _____

Vivienda:

- Alojamiento alternativo (Albergue, Casa de acogida, Recurso asistencial residencial, etc.).....
- Propiedad (suya o de su familia).....
- Vivienda núcleo familiar /compartida.....
- Tamaño de la vivienda (metros y habitaciones o espacios).....
- Servicios de que dispone (agua, luz, aseo completo, ducha, enseres básicos, calefacción, TV, vídeo, etc.....).....
- Estado de la vivienda (malo, regular, satisfactorio, bueno, muy bueno).....

- Nº de personas que vive en el domicilio. ¿Quiénes son?.....
- ¿Cuántas horas pasa al día en la vivienda?.....
- ¿Utiliza la vivienda para el uso de sustancias?.....
- Necesidades sobre la vivienda.....

2. SITUACION FORMATIVA.

- ¿Ha asistido a guardería y/o escuela?.....
- Nivel alcanzado.....
- Colegio (público o privada).....
- ¿Ha realizado formación complementaria no reglada?.....
- ¿Realiza actualmente alguna formación?
- ¿Desearía recibir información sobre formación? ¿De qué tipo?.....
- Necesidades en formación.....

3. SITUACION LABORAL

- ¿Tiene usted empleo?.....
- Si no lo tiene, ¿cuáles cree que son los motivos?.....
- Desea información y/u orientación sobre acción para incorporarse a buscar empleo.....
- Si tiene usted empleo, ¿le gusta lo que realiza?.....
- ¿Considera que es un empleo adecuado? ¿Es un empleo estable?.....
- ¿Desearía encontrar un nuevo empleo?.....
- ¿Desearía recibir información sobre técnicas de búsqueda de empleo, orientado a la mejora de empleo?.....
- ¿Ha tomado sustancias en su lugar de trabajo?.....
- ¿Tiene algún tipo de incapacidad laboral? ¿Tiene calificación de minusvalía?.....
- Necesidades en este ámbito.....

4. TIEMPO LIBRE/AFICCIONES

- ¿Tiene usted alguna afición? ¿Cuál? ¿Dónde y cuándo las realiza?.....
- ¿Cuándo suele realizarlas?.....
- Si no tiene, ¿Cuál cree que es el motivo?.....
- ¿Desea recibir información u orientación sobre lugares donde desarrollar alguna actividad? ¿Sobre cuál?.....
- En su tiempo libre ¿Suele tomar sustancias?.....
- Necesidades en este ámbito.....

5. SITUACION ECONOMICA

- Económicamente, ¿Es usted autónomo?.....
- Si no lo es ¿de quién depende económicamente?.....
- ¿Percibe algún tipo de prestación? (I.T.L, I.A.I., PNC, A.I.F. etc).....
- En alguna ocasión ¿ha recibido ayuda económica de los C.M.S.S. o de algún otro organismo? ¿De cuál?.....

- ¿Tiene deudas? Estas deudas ¿están relacionadas con el consumo de drogas?.....
- Necesidades en este ámbito.....

6. SITUACION FAMILIAR

- Relaciones familiares. ¿Tiene familia? Si no la tiene, ¿está usted relacionado con algún dispositivo de acogida?.....
- Núcleo de convivencia. Composición.....
- Su familia ¿conoce el consumo de sustancias? Si lo conoce cree que estaría dispuesta a acompañarle?.....
- Si no lo conoce ¿está dispuesto a hacerle conocedora de la situación?.....
- En la relación -convivencia con su familia ¿se da el uso de sustancias?.....
- Relaciones con la familia de origen.....
- Necesidades en este ámbito.....

7. OTRAS SITUACIONES DE INTERES. (situación legal, sanitaria, etc).....

8. DIAGNOSTICO SOCIAL. / PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

