

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.º S.S.: _____

ACCESO AL CENTRO:

Correo electrónico: _____

MOTIVO CONSULTA

Propia	Salud
Familiar	Económico
Laboral	Legales
Otros	

Droga Principal, otras Drogas

ESTUDIOS

SITUACION LABORAL

No sabe leer ni escribir	Amo/a de casa	Sin Permiso de trabajo
Elementales	Trabaja por Cuenta ajena	NS/NC/NP
Sin estudios / Pxi 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)	

ACOMPAÑANTE: _____ 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 DIAS ULTIMO 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

SITUACION JUDICIAL

	Delitos Cometidos; Tipología
Sin antecedentes	
Sin nada pendiente	Control el patrimonio
Suspension condena. Art. 87 C.Penal	Contra las personas
Medida seguridad art. 97. C.Penal	Contra la salud pública
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)

Zaragoza
AYUNTAMIENTO

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 privado).....
- ¿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 INTERÉS. (situación legal, sanitaria, etc).....

8. DIAGNÓSTICO SOCIAL / PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

