

Virginia Alcohol Safety Action Program

(Programa de Acción para la Seguridad de Alcohol)

Cuestionario de Admisión

Nombre: _____
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Dirección de Envío: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono: _____

Número de Teléfono Secundario (si tienes) _____

Número de Licencia: _____

Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Contacto de Emergencia: _____ Número de Teléfono: _____

Historia Médica

Condiciones Médicas: _____

Medicamentos Prescritos: _____

¿Alguna vez un profesional médico le ha dicho que no consuma drogas o alcohol? Sí No

¿Tiene alguna condición médica directamente relacionada con el uso de drogas o alcohol? Si No

Indique las condiciones: _____

Historia Legal ¿Ha tenido alguna ...

Arresto o condenas anteriores: (No incluya su referencia presente)

DUI: Conducir bajo la influencia No Sí, ¿Cuántos? _____

Intoxicación Pública No Sí, ¿Cuántos? _____

Poseción de Alcohol siendo Menor de Edad No Sí, ¿Cuántos? _____

Delitos de Drogas No Sí, ¿Cuántos? _____

¿Otros Cargos Criminales (incluyendo conducción peligrosa) No Sí, ¿Cuántos? _____

Lista de Cargos: _____

¿Tiene cargos pendientes? No Sí, ¿Cuántos? _____

Liste cargos pendientes: _____

¿Está usted actualmente en libertad condicional con alguna otra agencia? No Sí,

Anote el nombre de la agencia: _____

Nombre del oficial de libertad condicional: _____

Sobre Su Referencia Actual:

¿Cuál fue su cargo original /delito? _____

Fecha de su cargo original /delito: _____

¿Cuál fue su condena definitiva? _____ Tribunal de Convicción _____

Fecha de Convicción: _____

¿Qué bebidas de alcohol y/o que medicamentos uso el día de su arresto? _____

¿Cuánto bebió / uso ese día? _____ ¿Cuál fue la ocasión? _____

¿Tuvo un accidente ese día? No Sí ¿Hubo heridos? No Sí

¿Cuál fue su BAC (cantidad de alcohol en la sangre) en el momento del arresto? _____

¿Se sintió intoxicado? No Sí

Historia de Alcohol y Drogas

¿Cuántos días a la semana consume alcohol? _____

¿Qué tanto alcohol consume en esas ocasiones? _____

¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol? _____

¿Cuánto consumió? _____

¿Qué drogas ha utilizado en los últimos seis meses:

Cocaína Marihuana Heroína Anfetaminas Otra: _____

¿Alguna vez ha intentado dejar de...

Beber? No Sí, ¿Cuánto tiempo se abstuvo? _____

Usar Drogas? No Sí, ¿Cuánto tiempo se abstuvo? _____

¿Alguna vez ha tomado un medicamento recetado que fue no prescrito a usted? No Sí, ¿Qué medicamentos tomó usted? _____ ¿Cuándo? _____

¿Alguno de sus parientes de sangre tienen, o tenían, un problema con alcohol o drogas? No Sí

¿Previamente Ha tenido algún(a) ...

Educación de Alcohol/Drogas? No Sí, ¿dónde? _____

¿Cuándo? _____

Tratamiento de Alcohol / Drogas? No Sí, ¿dónde? _____

¿Cuándo? _____

Participación ASAP? No Sí, ¿dónde? _____

¿Cuándo? _____

Asistencia previa de AA o NA? NO Sí, su asistencia fue Voluntaria Orden de Corte

Yo certifico que esta información es exacta al mejor de mi conocimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Uso de la oficina de ASAP- ASAP Office Use Only

Indicate Service Type: _____