Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Johana Henao

Fecha: 27-08-2025

Edad: 75

Nº de Documento: 1053874865

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?	X	
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?	X	
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	X	
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	X	
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?	X	
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	X	
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	X	

Yuliet Ramirez.

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Jhonatan Jimenez Fecha: 21-08-2025

Edad: 17 Nº de Documento: 1059208409

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?	X	
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	X	
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	X	
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: yiman Estiven Henao Quiceno

Fecha: 21-08-2025

Edad: 14

Nº de Documento: 1059119695

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre:. Kevin Leandro González Fecha: 27-08-2025

Edad: 15 Nº de Documento:. 1059119539

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Andrés Felipe Borja Gutiérrez Fecha: 27-08-2025

Edad: 16 Nº de Documento: 1110061432

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Cristian Camilo Pinto Rivera Fecha: 21-08-2025

Edad: 14 Nº de Documento: 1058200908

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Diego Alejandro Galvis Fecha: 21-08-2025

Edad: 15 Nº de Documento: 7064208784

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Ricardo Toro Velez

Fecha: 27-08-2025

Edad: 16

Nº de Documento: 1054877751

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: David Santiago Toro R.

Fecha: 21-08-2025

Edad: 14

Nº de Documento: 1054119 770

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Juan Manuel Sanchez Fecha: 27-08-2025

Edad: 75 Nº de Documento: 7037542721

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Jhon Alexis Muñoz

Fecha: 22-08-2025

Edad: 17

Nº de Documento: 1053788886

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		✓
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		✓
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		✓
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		✓
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		✓
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		✓
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		✓
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		✓
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		✓
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		✓
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		✓
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		✓
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		✓
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		✓
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		✓
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		✓
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		✓

Yolet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Angie Viviana Tinjaca R. Fecha: 22-08-2025

Edad: 17 Nº de Documento: 1012358798

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Estefania Cardona Perez Fecha: 21-08-2025

Edad: 17 años Nº de Documento: 1059179374

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		x
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		x
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		x
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		x
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		x
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		x
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		x
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		x
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		x
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		x
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		x
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		x
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		x
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		x
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		x
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		x
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		x

Yolcet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Juan Manuel Rivera Fecha: 21-08-2025

Edad: 15 Nº de Documento: 1037542727

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez Gallego

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Santiago Ocampo R

Fecha: 27-08-2025

Edad: 75

Nº de Documento: 1053877392

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Karen Sofia Betancur Quintero Fecha: 21-08-2025

Edad: 15 Nº de Documento: 1054187441149

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Samuel Castrillón Duque

Fecha: 21-08-2025

Edad: Tengo 14 años

Nº de Documento: 1054876774

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Samuel

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: María camila Arias Fecha: 27-08-205

Edad: 15 Nº de Documento: 1038845411

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Luis Fernando Dominguez A. Fecha: 27-08-2025

Edad: 14 Nº de Documento: 1059119719

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Juan Pablo González Zuluaga Fecha: 21-08-2025

Edad: 44 Nº de Documento: 4053824173

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: James David Arias Flores Fecha: 27-08-2025

Edad: 14 Nº de Documento: 1056728703

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yoliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Elizabeth Lozano Cardona

Fecha: 21-08-2025

Edad: 15 años

Nº de Documento: 1110116609

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Yuliana Aristizabal Ortiz Fecha: 27-08-2025

Edad: 16 Nº de Documento: 1069779658

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Alejandro Rincon

Fecha: 21-08-2025

Edad: 14

Nº de Documento: 1058845674

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Luis Mario Flores Bravo Fecha: 27-08-2025

Edad: 14 Nº de Documento: 1072260268

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: ALEJANDRO HOYOS MUÑOS Fecha: 21-08-2025

Edad: 16 Nº de Documento: 1054,554,0407

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Julio ospina

Fecha: 21-08-2025

Edad: 15 años

Nº de Documento: 1053818219

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Emili Tatiana Gómez Moreno Fecha: 21-08-2025

Edad: 14 años Nº de Documento: 1720069057

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: michel sofia montes cardona Fecha: 21-08-2025

Edad: 16 Nº de Documento: 1058844767

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Genesis Daniel B.Z

Fecha: 27-08-2025

Edad: 16

Nº de Documento: 1058845052

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Ricardo castiblanco Fecha: 27-08-2025

Edad: 16 Nº de Documento: 1060 650 553

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

1) Solo

Yolet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Nicolas Urrea

Fecha: 27-08-2025

Edad: 15

Nº de Documento: 1021687717

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Mara Isabel Buitrago Giraldo

Fecha: 21-08-2025

Edad: 14

Nº de Documento: 1059664263

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Angie Lorena Botero

Fecha: 21-08-2025

Edad: 15

Nº de Documento: 1054555368

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS	

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Angel David Ramirez Jimenez Fecha: 27-08-2025

Edad: 15 Nº de Documento: 1059 120 147

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yolet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Daniela Gómez Artunduaga Fecha: 21-08-2025

Edad: 15 años Nº de Documento: 1013130228

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Alejandra Trujillo T

Fecha: 21-08-2025

Edad: 14

Nº de Documento: 1058345669

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Estiven Londoño Martinez Fecha: 21-08-2025

Edad: 15 Nº de Documento: 1059719567

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Juan Andres Tellez

Fecha: 21-08-2025

Edad: 16

Nº de Documento: 1054870133

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Yonny stipher garcon marulanda Fecha: 21-08-2025

Edad: 16 Nº de Documento: 1059119474

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Isabel Cristina Obando Rios Fecha: 21-08-2025

Edad: 14 años Nº de Documento: 1016050028

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	X	
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	X	
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?	X	
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	X	

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Briana Rivera Rivera

Fecha: 21-08-2025

Edad: 14

Nº de Documento: 1058861005

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	X	
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?	X	
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	X	
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	X	
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	X	
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez.

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Allison Avistizabal Fecha: 11-08-2025

Edad: 14 Nº de Documento: 1073738746

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	X	
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?	X	
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	X	
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez.

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: Juan José Giraldo Trujillo Fecha: 27.08.2025

Edad: 17 Nº de Documento: 1054867953

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	X	
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	X	
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?	X	
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	X	
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	X	
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez.

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD** Proceso Gestión Asistencia Técnica Procedimiento Plan de Intervenciones Colectivas **Instrumento para la Evaluación de Problemas Propios de la Adolescencia - POSIT. Versión Breve**	

Nombre: thomas Diaz Valencia Fecha: 21-08-2025

Edad: 16 años Nº de Documento: 1054869425

CUESTIONARIO DE TAMIZAJES PARA ADOLESCENCIA - POSIT. VERSIÓN BREVE

Preguntas	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo?		X
2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol?		X
3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica?		X
4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?		X
5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?		X
6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?		X
7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X
8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?		X
9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?		X
10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?		X
11. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o de estar triste a estar contento (a)?		X
12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?		X
13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?		X
14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?		X
15. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?		X
16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?		X
17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?		X

Yuliet Ramirez

Nombre Profesional

Scanned with CamScanner