| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) ✓ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) ✓ |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? SI (NO) ✓

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)? SI (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

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? SI (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? SI (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Imena Gralales
**FIRMA DEL PROFESIONAL**
T.P 173232

Carlos Andres Gutierrez
**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO**
D. I

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) ✓ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ~ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) ✓ |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ (NO) ✓

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)? ○ SI ○ (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

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? ○ SI ○ (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

17 DE 17 SIN RIESGO
IDENTIFICADO

Saudralmera Gralales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Sebas Gonzalez
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I 1057 331278

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? SI (NO) ✓

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)? SI (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

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? SI (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? SI (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Jimena Bralak
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Yandrys Echeverry
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. 1101702515 2

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ NO |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ NO |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ NO |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ NO |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ NO |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ NO |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ NO ✓

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)? ○ SI ○ NO ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

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? ○ SI ○ NO ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Sandra Jimena Gaitán
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ NO |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ NO |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ NO |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ NO |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ NO |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ NO |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ NO ✓

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)? ○ SI ○ NO ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

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? ○ SI ○ NO ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudralmena Gidales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I 1051331.176.

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI NO |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI NO |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI NO |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI NO |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI NO |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI NO |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI NO |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI NO |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?

SI ✗

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)?

SI ✗

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?

SI ✗

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

SI ✗

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?

SI ✗

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?

SI ✗

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?

SI ✗

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?

SI ✗

16 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Sandra Jimena Grafales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Brigith Daniela Suarez
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I
1.104.705.656

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>Preguntas | Respuestas |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? SI (NO)

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)? SI (NO)

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

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? SI (NO)

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? SI (NO)

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Jimena Bidales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Rafael Arcangel Ramirez
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I 1055757226

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ X |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ X |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ X |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ X |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ X |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ X |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ X |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ X |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ X |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ NO ✓

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)? ○ SI ○ NO ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

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? ○ SI ○ NO ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO ○

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

A DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Jimena Gaviria Gales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Juan Camilo Giraldo
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I 1055 438 008

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) ✓ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) ✓ |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ NO ✓

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)? ○ SI ○ NO ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

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? ○ SI ○ NO ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudralimenabradales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Juandavid Delgado
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>Preguntas | Respuestas |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?

SI (NO) ✓

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)?

SI (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?

SI (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

SI (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?

SI (NO) ✓

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?

SI (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?

SI (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?

SI (NO) ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudralimenabralales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

RUTH Marín Gonzalez
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I 1054331167.

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?
SI (NO) ✓

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)?
SI (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
SI (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
SI (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?
SI (NO) ✓

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?
SI (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?
SI (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
SI (NO) ✓

1/7 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudi Almeda Galaks
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I
Mathias Ozoo

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>Preguntas | Respuestas |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? SI (NO)

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)? SI (NO)

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

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? SI (NO)

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? SI (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO)

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Jimena Grajales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Angelica O.C
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I 1053331329

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) ✓ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) ✓ |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ (NO) ✓

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)? ○ SI ○ NO ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

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? ○ SI ○ NO ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudralimentarios
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I
Valentina Carmona M.

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | (SI) NO ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) ✓ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) ✓ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) ✓ |

**10.** El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ( ) SI (NO)

**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)? (SI) ( ) NO

**12.** ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ( ) SI (NO)

**13.** ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? (SI) ( ) NO

**¿14.** ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? (SI) ( ) NO

**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? ( ) SI (NO)

**16.** ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ( ) SI (NO)

**17.** ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ( ) SI (NO)

17 NO
4 SI
4 riesgo moderado de consumo de alcohol

Saudra Imena Grdales
**FIRMA DEL PROFESIONAL**
**T.P** 173232

Miguel Angel Mejia
**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO**
**D. I** 1088444801

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ (NO) ✓

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)? ○ SI ○ (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

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? ○ SI ○ (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Jimena Grajales
**FIRMA DEL PROFESIONAL**
**T.P**

Manuel Acevedo
**FIRMA O HUELLA DEL USUARIO**
**D. I** 1054875766

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ (NO) ✓

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)? ○ SI ○ (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

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? ○ SI ○ (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ (NO) ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Imena Grajales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I Angel David Rios
1,097 400 386

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>Preguntas | Respuestas |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? SI (NO) ✓

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)? SI (NO) ✓

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

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? SI (NO) ✓

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? SI (NO) ✓

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? SI (NO) ✓

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudi Almeneo Giraldes
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I Samuel Cano Giraldo

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ (NO) ~ |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ (NO) ✓ |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ (SI) ○ NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?

○ SI ○ (NO)

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)?

○ SI ○ (NO)

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?

○ SI ○ (NO)

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

○ (SI) ○ NO

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?

○ SI ○ (NO)

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?

○ SI ○ (NO)

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?

○ SI ○ (NO)

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?

○ SI ○ (NO)

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudralimena Gralales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Javier Esteven Toro M.
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ NO |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ NO |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ NO |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ NO |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ NO |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ NO |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?
○ SI ○ NO

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)?
○ SI ○ NO

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO

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?
○ SI ○ NO

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?
○ SI ○ NO

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Jimena Gallales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Valentina Escobar Agudelo del Valle
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I 1114988446

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?

SI ○ NO

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)?

SI ○ NO

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?

SI ○ NO

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

SI ○ NO

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?

SI ○ NO

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?

SI ○ NO

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?

SI ○ NO

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?

SI ○ NO

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudid Menabralales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 193232

Anderson Valencia Delgado
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | SI (NO) |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ NO

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)? ○ SI ○ NO

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

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? ○ SI ○ NO

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Limenabrajales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I Santiago Perez Cano

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ NO |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ NO |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ NO |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ NO |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ NO |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ NO |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?
○ SI ○ NO 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)?
○ SI ○ NO X

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO X

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO X

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO 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?
○ SI ○ NO X

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?
○ SI ○ NO X

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?
○ SI ○ NO X

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Sandra Jimena Giraldo
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I Juan Sebastian RM

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ NO |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ NO |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | ○ SI ○ NO |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ NO |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ NO |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ NO |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?

○ SI ○ NO

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)?

○ SI ○ NO

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?

○ SI ○ NO

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

○ SI ○ NO

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?

○ SI ○ NO

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?

○ SI ○ NO

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?

○ SI ○ NO

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?

○ SI ○ NO

ADEA SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudra Jimena Giraldo

FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D. I

Juan andres
Holguin

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve<br>**Preguntas** | **Respuestas** |
|---|---|
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | SI (NO) |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | SI (NO) |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólica? | SI (NO) |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | SI (NO) |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | SI (NO) |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | SI (NO) |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | SI (NO) |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | (SI) NO |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ NO

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)? ○ SI ○ NO

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

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? ○ SI ○ NO

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saudralimena Grables
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I Shaira Oliveros

| INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PROPIOS DE LA ADOLESCENCIA – POSIT. Versión breve | Respuestas |
|---|---|
| **Preguntas** | |
| 1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela o trabajo? | ○ SI ○ NO X |
| 2. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto drogas o alcohol? | ○ SI ○ NO X |
| 3. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas? | ○ SI ○ NO X |
| 4. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas? | ○ SI ○ NO X |
| 5. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas? | ○ SI ○ NO X |
| 6. ¿Te vas de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO X |
| 7. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas? | ○ SI ○ NO X |
| 8. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas? | ○ SI ○ NO X |
| 9. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas? | ○ SI ○ NO X |

10. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)? ○ SI ○ NO 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)? ○ SI ○ NO X

12. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO X

13. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO X

¿14. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO 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? ○ SI ○ NO X

16. ¿Tienes dificultades con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes? ○ SI ○ NO X

17. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas? ○ SI ○ NO X

X

17 DE 17 SIN RIESGO IDENTIFICADO

Saidalimenabiabales
FIRMA DEL PROFESIONAL
T.P 173232

Valeria Isaza Delgado
FIRMA O HUELLA DEL USUARIO
D.I 7.054,873 874