



DEPARTMENT OF HEALTH

Programa de rehabilitación para quienes conducen bajo influencia de drogas o bebidas alcohólicas de Vermont
Información de evaluación

Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Teléfono:		VT PID:	
Dirección:					

Nivel educativo:		Empleo:	
------------------	--	---------	--

Tipo de infracción	Fecha de la infracción	Alcoholemia por infracción

Al firmar el presente formulario, doy fe de que toda la información que he proporcionado es verdadera a mi leal saber y entender, y de que debo completar el Programa de rehabilitación para quienes conducen bajo influencia de drogas o bebidas alcohólicas de Vermont (Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program, IDRP) en su totalidad en un plazo de cinco (5) años a partir de la fecha de hoy o tendré que empezar de nuevo el Programa y pagar todas las tasas correspondientes.

Firma del cliente:		Fecha:	
--------------------	--	--------	--

Información de evaluación (a completar por el evaluador del IDRP)

Ubicación de la evaluación de IDRP:		Fecha de la evaluación:	
Puntaje de DAST:		Puntaje de AUDITORÍA:	
Tiempo aproximado desde el último consumo:		Bebida alcohólica:	
		Drogas:	

Comentarios del médico:

Breve antecedente del consumo de sustancias:

Consumo actual:

Antecedentes familiares:

Comentarios adicionales o áreas de preocupación (incluida información sobre la participación del programa educativo de IDRP):

Expectativas del evaluador para el médico del IDRP:

¿Se requiere entrevista de finalización? Sí No

Al firmar el presente formulario, doy fe de que toda la información que he facilitado es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del evaluador del IDRP:		Fecha:	
N.º de licencia:			



VERMONT

Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program

DEPARTMENT OF HEALTH

Evaluation Information

First Name:		Middle Initial:		Last Name:	
Date of Birth:		Phone:		VT PID:	
Address:					

Education Level:		Employment:	
------------------	--	-------------	--

Type of Offense	Date of Offense	BAC for Offense

By signing this form, I am attesting that all the information that I provided is true to the best of my knowledge and that I must complete the IDRPs in its entirety within five (5) years from today's date or will be required to start the Program over and pay all applicable fees.

Client Signature:		Date:	
-------------------	--	-------	--

Evaluation Information (To be completed by IDRPs Evaluator)

Location of IDRPs Evaluation:		Date of Evaluation:	
DAST Score:		AUDIT Score:	
Approximate time since last use:	Alcohol:	Drugs:	

Clinician Comments:

Brief History of Substance Use:

Present Use:

Family History:

Additional Comments or Areas of Concern (including information about participation in IDRPs Education Program):

Evaluator expectations for IDRPs clinician:

Exit interview required? Yes No

By signing this form, I am attesting that all of the information that I provided is true to the best of my knowledge.

IDRPs Evaluator Signature:		Date:	
License #:			