

**INSTRUCTIVO: DIAGNÓSTICO INICIAL PROGRAMA INTEGRAL DE REDUCCIÓN Y PREVENCIÓN DEL USO Y CONSUMO DE DROGAS EN EMPRESAS E INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS**

COLUMNA	DESCRIPCIÓN	OPCIONES DE RESPUESTA
<b>1. FECHA DEL DIAGNÓSTICO</b>	Escriba la fecha en la que levantó la información del trabajador	CAMPO ABIERTO
<b>2. NOMBRE DE LA EMPRESA / INSTITUCIÓN</b>	Escriba el Nombre de la Empresa / Institución.	CAMPO ABIERTO
<b>2.1. RUC</b>	Escriba el Registro Único de Contribuyentes (RUC)	CAMPO ABIERTO
<b>2.2. CARGO / PUESTO DEL TRABAJADOR</b>	Escriba el puesto/cargo que ocupa el trabajador	CAMPO ABIERTO
<b>3. CÉDULA / PASAPORTE DEL EMPLEADO</b>	Escriba el número de cédula de identidad o número de pasaporte del trabajador	CAMPO ABIERTO
<b>3.1. AÑO DE NACIMIENTO</b>	Seleccione el año de nacimiento del trabajador	1920 - 2016
<b>3.2. TIPO DE AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL</b>	Seleccione el tipo de afiliación del trabajador (Privada / Pública)	PÚBLICA / PRIVADA
<b>3.3. ESTADO CIVIL</b>	Seleccione de la lista el estado civil del trabajador	SOLTERA/O / CASADA/O / DIVORCIADA/O / VIUDA/O / UNION LIBRE
<b>3.4. GENERO</b>	Seleccione de la lista el género del trabajador	MASCULINO / FEMENINO / GLBTI
<b>3.5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Seleccione de la lista el nivel de instrucción mayor que tenga el trabajador	EDUCACIÓN BÁSICA / BACHILLER / TERCER NIVEL (Técnico superior, Tecnólogo, Licenciado, Ingeniero, etc.) / CUARTO NIVEL (Especialización, Maestría, Postgrado, PhD, etc.)
<b>3.6. NÚMERO DE HIJOS</b>	Seleccione de la lista el número de hijos que tiene el trabajador	0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15
<b>3.7. AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA</b>	Seleccione de la lista la auto-identificación étnica del trabajador	MESTIZO / INDÍGENA / AFRO ECUATORIANO / BLANCO / MONTUBIO / OTRO
<b>3.8. DISCAPACIDAD</b>	Seleccione de la lista si el trabajador tiene alguna discapacidad, caso contrario seleccione "NO APLICA"	AUDITIVA / FÍSICA / INTELECTUAL/ LENGUAJE / PSICO-SOCIAL / VISUAL / NO APLICA
<b>3.9. PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD</b>	Si el trabajador tiene alguna discapacidad, seleccione de la lista el porcentaje	30% hasta 100%
<b>3.10. EL EMPLEADO ES "TRABAJADOR SUSTITUTO"</b>	El empleado es "Trabajador Sustituto" de alguno de sus parientes	SI / NO
<b>3.10. ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES</b>	Seleccionar de la lista si el trabajador tiene alguna enfermedad pre-existente	CATASTRÓFICA / CRÓNICA NO TRANSMISIBLE / CRÓNICA TRANSMISIBLE / AGUDA / NO DIAGNOSTICADA
<b>4. PRINCIPAL DROGA QUE CONSUME</b>	Seleccione de la lista la droga de mayor consumo del trabajador o en caso de que no consuma seleccione la opción "No consume"	Alcohol / Anfetaminas (Speed) / Base de Cocaína / Cannabis (Hachís, Marihuana, THC) / Cocaína / Drogas de Síntesis (Éxtasis, MDMA, Ketamina) / Hongos / Inhalantes (Aerosoles, Pegamentos, Disolventes, Eter) / L.S.D / Mezcalina / Opiáceos (Opio, Heroína, Morfina, Metadona) / Psilocibina / Tabaco / Otro / No consume
<b>4.1. EN CASO DE SELECCIONAR "OTRA", ESPECIFIQUE CUAL</b>	Detalle que otro tipo de droga consume que no esté detallada en la lista de la columna anterior	CAMPO ABIERTO
<b>4.2. OTRAS DROGA QUE CONSUME</b>	Seleccione de la lista la droga de mayor consumo del trabajador o en caso de que no consuma seleccione la opción "No consume"	Alcohol / Anfetaminas (Speed) / Base de Cocaína / Cannabis (Hachís, Marihuana, THC) / Cocaína / Drogas de Síntesis (Éxtasis, MDMA, Ketamina) / Hongos / Inhalantes (Aerosoles, Pegamentos, Disolventes, Eter) / L.S.D / Mezcalina / Opiáceos (Opio, Heroína, Morfina, Metadona) / Psilocibina / Tabaco / Otro / No consume
<b>4.3. FRECUENCIA DE CONSUMO</b>	Seleccione de la lista la frecuencia de consumo de la droga de mayor consumo o en caso de que no consuma seleccione la opción "No consume"	De 5 a 7 días a la semana / De 2 a 4 veces a la semana / De 2 a 7 veces a la semana / Al menos una vez a la semana / De 2 a 12 veces al año / Una vez al año / No consume
<b>4.4. EMPLEADO RECONOCE TENER UN PROBLEMA DE CONSUMO</b>	Seleccione de la lista si el trabajador reconoce o no tener un problema de consumo de droga o en caso de que no consuma seleccione la opción "No consume"	No aplica / SI / NO
<b>4.5. FACTORES PSICO-SOCIALES RELACIONADOS AL CONSUMO</b>	Seleccione de la lista la el factor psicosocial principal relacionada al consumo de la droga o en caso de que no consuma seleccione la opción "No consume"	No aplica / Agobio y tensión en el trabajo / Acoso laboral / Cansancio intenso, agobio./ Compañeros consumidores / Contratos precarios (precariedad contractual) / Curiosidad sobre los efectos de las drogas / Dificultad en la resolución de problemas / Elevados niveles de tensión y estrés laboral / Existencia de expendio de drogas en el lugar de trabajo / Familiares consumidores / Insatisfacción con el tipo de trabajo que se realiza Insatisfacción con el trato que se recibe de los superiores y/o compañeros / Inseguridad en cuanto al futuro laboral / Largas ausencias del hogar por motivos laborales / Mala situación económica en la familia / Peligrosidad en el desempeño de la tarea / Problemas de conciliación entre el trabajo y las tareas domesticas / Sentimiento de estar poco capacitado, o sin formación para el desempeño del puesto de trabajo / Síndrome del "Burnout" / Tareas rutinarias o monótonas / Trabajos nocturnos, a destajo o sometidos a objetivos de alto rendimiento / Turnos rotatorios y cambiantes / Otro
<b>5. TRATAMIENTO</b>	Seleccione de la lista si el trabajador desea recibir tratamiento o no o en caso de que no consuma seleccione la opción "No consume"	No aplica / SI / NO
<b>6. PERSONAL HA RECIBIDO SENSIBILIZACIÓN, CAPACITACIÓN, CHARLAS</b>	Seleccione de la lista si el trabajador ha sido sensibilizado mediante charlas, talleres o capacitación respecto del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	SI / NO
<b>7. EMPLEADO CUENTA CON EXÁMEN PRE-OCUPACIONAL</b>	Seleccione de la lista si el trabajador cuenta con el examen pre-ocupacional	SI / NO