|  |  |
| --- | --- |
| FECHA: Fecha:  | Hora exacta:  |
| Estación: | Nombre de quien reporta: |
| Nombre persona reportada: | Nombre de testigo: |
| Marque con una X los signos que podrían evidenciar la presunta ingestión de alguna Sustancia Psicoactiva:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signos | Si | No |
| Ojos rojos |  |  |
| Comportamiento diferente al normal |  |  |
| Descoordinación motora |  |  |
| Movimientos lentos |  |  |
| Movimientos torpes |  |  |
| Dificultades en la pronunciación |  |  |
| Pérdida del equilibrio |  |  |
| Aliento alcohólico |  |  |
| Aislamiento |  |  |
| Descuido en su presentación personal |  |  |
| Somnolencia (Sueño) |  |  |
| Afectación emocional (Tristeza, euforia, exaltado, irritable, ansioso, etc.) |  |  |
| Alteración en el tono de voz |  |  |
| Respuestas inadecuadas |  |  |
| Sudoración |  |  |
| Cambio color de piel |  |  |

Se debe tener en cuenta frente a los síntomas reportados que corresponden al momento de la observación. |
| Considera que de acuerdo con los signos observados el reportado se encuentra en condiciones físicas de atender óptimamente una emergencia.Si No |
| Observaciones:  |
| Manifiesto que el presente reporte fue puesto en conocimiento del involucrado. |
| En constancia firman:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: Cargo: |