|  |  |
| --- | --- |
| 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: | |