

Información de la evaluación

Marzo de 2024

Información del cliente					
Nombre:		Inicial del segundo nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Teléfono:		Identificador personal de VT:	
Dirección:			Dirección de correo electrónico:		
Nivel de instrucción:			Empleo:		

Tipo de infracción	Fecha en que se cometió la infracción	Infracción por alcoholemia (BAC)

Al firmar este formulario, doy fe de que toda la información que proporcioné es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que debo completar el Programa de Rehabilitación para Conductores bajo la Influencia de Drogas o Bebidas Alcohólicas (Impaired Driver Rehabilitation Program, IDRP) en su totalidad en un período de cinco (5) años a partir de la fecha de esta evaluación o me pedirán que comience de nuevo el programa, incluido el pago de todas las tarifas correspondientes.

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

Información de la evaluación (el evaluador del IDRP debe completarla)					
Lugar de evaluación:				Fecha de evaluación:	
Puntuación del cuestionario DAST:		Puntuación del cuestionario AUDIT:		Tipo de infracción:	
Fecha (aproximada) del último consumo:	Alcohol:		Drogas:		

Comentarios del evaluador:

--

Antecedentes de consumo de sustancias (alcohol, cannabis, sustancias ilícitas):

--

Consumo actual de sustancias (alcohol, cannabis, sustancias ilícitas):

Antecedentes familiares:

Observaciones adicionales, áreas de interés, recomendaciones del evaluador:

¿Se requiere terapia? Sí No

Expectativas del evaluador para el proveedor de terapia del IDRP

(p. ej., metas/comportamientos a abordar):

¿Se requiere una entrevista de finalización? Sí No

Al firmar este formulario, doy fe de que toda la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del evaluador del IDRP:		Fecha:	
Núm. de licencia:			
Nombre del supervisor y núm. de licencia (si corresponde):			

Vermont Impaired Driver Rehabilitation Program

Evaluation Information

March 2024

Client Information					
First Name:		Middle Initial:		Last Name:	
Date of Birth:		Phone:		VT PID:	
Address:			Email Address:		
Education Level:			Employment:		

Type of Offense	Date of Offense	Offense BAC

By signing this form, I attest all the information I provided is true to the best of my knowledge. I understand I must complete the IDRP in its entirety within five (5) years from this Evaluation date, or I will be required to restart the Program, including payment of all applicable fees.

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

Evaluation Information (To be completed by IDRP Evaluator)					
Location of Evaluation:				Date of Evaluation:	
DAST Score:		AUDIT Score:		Offender Type:	
Last use (approximate):	Alcohol:			Drugs:	

Evaluator Comments:

History of Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

Current Substance Use (alcohol, cannabis, illicit substances):

Family History:

Additional comments, areas of concern, Evaluator recommendations:

Treatment Required? Yes No

Evaluator expectations for IDRPs treatment provider (i.e. goals/behaviors to address):

Exit interview required? Yes No

By signing this form, I attest all the information provided here is true to the best of my knowledge.

IDRP Evaluator Signature:		Date:	
License #:			
Supervisor Name & License # (if applicable):			