

LISTA DE REVISIÓN DE SOSPECHA RAZONABLE

(REASONABLE SUSPICION CHECKLIST)

Instrucciones: Supervisor o gerente, por favor documente sus observaciones sobre el comportamiento del empleado y sus indicaciones en este formulario. Usted debe observar personalmente los indicadores de uso probable de sustancias o alcohol y anotar sus observaciones más abajo.

Directions: Supervisor or Manager, please document your observations of the employee's behavior and indications on this form. You must personally observe the probable indicators of substance and/or alcohol use and note your observations below.

Nombre del Empleado/ Employee name: _____

Date/Fecha: _____ Hora/Time: _____

Lugar de las observaciones/ Location of observations: _____

Nombre del observador/ Name of observer: _____

Check All That Apply:

Marque Todas Las Que Apliquen:

[English]

[Spanish/Espanol]

Speech	Lenguaje /Habla
<input type="checkbox"/> Rapid <input type="checkbox"/> Silent <input type="checkbox"/> Loud <input type="checkbox"/> Hostile <input type="checkbox"/> Talkative <input type="checkbox"/> Incoherent <input type="checkbox"/> Difficulty speaking <input type="checkbox"/> Cursing, inappropriate <input type="checkbox"/> Nonsensical, silly	<input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Silencioso <input type="checkbox"/> Habla muy alto <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Platicador <input type="checkbox"/> Incoherente <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Insultando, inapropiado <input type="checkbox"/> Sin sentido
Eyes	Ojos
<input type="checkbox"/> Bloodshot/Reddened <input type="checkbox"/> Pupils dilated <input type="checkbox"/> Pupils constricted <input type="checkbox"/> Repetitive jerky motion <input type="checkbox"/> Glazed appearance <input type="checkbox"/> Droopy/partially closed <input type="checkbox"/> Tearing, watery <input type="checkbox"/> Unfocused, blank stare	<input type="checkbox"/> Enrojecidos <input type="checkbox"/> Pupilas dilatadas <input type="checkbox"/> Pupilas disminuidas <input type="checkbox"/> Movimientos repetitivos <input type="checkbox"/> Aparencia vidriosa <input type="checkbox"/> Medio cerrados <input type="checkbox"/> Acuostos <input type="checkbox"/> Sin enfocar, mirada perdida
Odor	Olor
<input type="checkbox"/> Alcohol smell on breath or clothing	<input type="checkbox"/> Olor a alcohol en el aliento o ropa

<input type="checkbox"/> Chemical odor <input type="checkbox"/> Burnt rope odor <input type="checkbox"/> Other odor: _____	<input type="checkbox"/> Olor a químico <input type="checkbox"/> Olor a lazo quemado <input type="checkbox"/> Otro olor: _____
<p style="text-align: center;">Mood</p> <input type="checkbox"/> Hostile/ Angry <input type="checkbox"/> Elated, “up” <input type="checkbox"/> Irritable, agitated <input type="checkbox"/> Anxious <input type="checkbox"/> Combative <input type="checkbox"/> Aggressive <input type="checkbox"/> Violent <input type="checkbox"/> Evasive <input type="checkbox"/> Sad/depressed	<p style="text-align: center;">Carácter</p> <input type="checkbox"/> Hostil/ Enojado <input type="checkbox"/> Feliz, exaltado <input type="checkbox"/> Irritable, agitado <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Combativo <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Violento <input type="checkbox"/> Evasivo <input type="checkbox"/> Triste/deprimido
<p style="text-align: center;">Mental</p> <input type="checkbox"/> Poor judgment <input type="checkbox"/> Decreased inhibitions <input type="checkbox"/> Disoriented <input type="checkbox"/> Unpredictable <input type="checkbox"/> Distracted <input type="checkbox"/> Drowsy/sleepy <input type="checkbox"/> Restless <input type="checkbox"/> Suspicious/paranoid <input type="checkbox"/> Withdrawn	<p style="text-align: center;">Mental</p> <input type="checkbox"/> Deficiente habilidad para hacer juicios <input type="checkbox"/> Pérdida de las inhibiciones <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Inpredecible <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Con sueño, aletargado <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Paranóico, intranquilo <input type="checkbox"/> Retraído
<p style="text-align: center;">Balance</p> <input type="checkbox"/> Slowed <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quickened <input type="checkbox"/> Staggering <input type="checkbox"/> Swaying <input type="checkbox"/> Falling <input type="checkbox"/> Holding on <input type="checkbox"/> Unsteady/uncoordinated <input type="checkbox"/> Clumsy	<p style="text-align: center;">Balance</p> <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acelerado <input type="checkbox"/> Tambaleante <input type="checkbox"/> Balanceándose <input type="checkbox"/> Cayéndose <input type="checkbox"/> Sujetándose <input type="checkbox"/> Poca coordinación o firmeza <input type="checkbox"/> Torpe
<p style="text-align: center;">Movement</p> <input type="checkbox"/> Slowed <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quickened <input type="checkbox"/> Shaking <input type="checkbox"/> Tremors	<p style="text-align: center;">Movimiento</p> <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acelerado <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Sacudidas
<p style="text-align: center;">Appearance</p> <input type="checkbox"/> Flushed <input type="checkbox"/> Sweating <input type="checkbox"/> Cold, clammy <input type="checkbox"/> Disheveled, messy <input type="checkbox"/> Vomit on clothing	<p style="text-align: center;">Aspecto</p> <input type="checkbox"/> Chapudo (rojo) <input type="checkbox"/> Sudando <input type="checkbox"/> Frio, pegajoso <input type="checkbox"/> Desarreglado, fachoso <input type="checkbox"/> Vómito en la ropa

Other	Otros
<input type="checkbox"/> Frequent use of breath mints, gum, mouthwash <input type="checkbox"/> Physical evidence (like liquor bottle, drug paraphernalia) <input type="checkbox"/> Other: _____ _____	<input type="checkbox"/> Uso frecuente de mentas para el aliento, goma de mascar, enjuagues bucales <input type="checkbox"/> Evidencia física (como botellas de licor, parafernalia de drogas) <input type="checkbox"/> Otros: _____ _____

Certifico que he tenido entrenamiento en las señales y síntomas de abuso de alcohol y uso de sustancias, y a mi juicio, existe sospecha razonable basada en los indicadores físicos y de comportamiento mencionados.

I certify that I have had training in the signs & symptoms of substance use and alcohol abuse, and to the best of my judgment reasonable suspicion exists based on the physical and behavior indicators noted above.

Signed/ Firma: _____ Date/Fecha: _____

2nd Observer/Observador, (if required/si se requiere): _____

Date/Fecha: _____