

FORMULARIO PARA ADMISIÓN DE NALOXONA (NALOXONE INTAKE FORM) INDIVIDUAL DISTRIBUTION

FOR OFFICE USE ONLY

Form identification number: _____ Date of Kit Distribution: _____ Number of kits provided: _____ How is this naloxone funded? <input type="radio"/> ODH Project DAWN <input type="radio"/> Other (non-ODH) _____ What is the role of the person distributing naloxone? <input type="radio"/> Community Health Worker/Public Health Professional <input type="radio"/> First Responder/Law Enforcement Officer <input type="radio"/> Healthcare/Behavioral Health Provider <input type="radio"/> Lay Distributor <input type="radio"/> Peer <input type="radio"/> Pharmacist <input type="radio"/> Volunteer <input type="radio"/> Other _____	Distribution Setting:	
	<input type="radio"/> Community Access Point <input type="radio"/> Court System <input type="radio"/> ED/Urgent Care <input type="radio"/> FQHC/non-LHD Clinic <input type="radio"/> Hospital System <input type="radio"/> Jail/Corrections <input type="radio"/> Leave-Behind (EMS/LEO) <input type="radio"/> Local Health Department (LHD) <input type="radio"/> Mobile Unit	<input type="radio"/> Online Mail-order <input type="radio"/> Pharmacy <input type="radio"/> QRT <input type="radio"/> School/University <input type="radio"/> Street Outreach <input type="radio"/> Syringe Service Program <input type="radio"/> Treatment/Recovery <input type="radio"/> Vending/Dispensing Machine <input type="radio"/> Other _____
Zip Code of Distribution: _____ <input type="radio"/> N/A (online) County of Distribution: _____ <input type="radio"/> N/A (online)		

Edad ☐ 14 años o menos ☐ De 15 a 24 ☐ De 25 a 34 ☐ De 35 a 44 ☐ De 45 a 54 ☐ De 55 a 64 ☐ 65 años o más ☐ Prefiero no responder

¿Con qué género se identifica más?

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No-binario/Género fluido ☐ Prefiero no responder ☐ No se incluye en la lista

¿Con qué raza(s) y grupo(s) étnico(s) se identifica? Elija una opción.

☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico

☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Otra ☐ Prefiero no responder

☐ Multirracial/multiétnico (*marque todas las opciones que correspondan a continuación*)

☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Asiático
☐ Nativo de Hawái/Islands del Pacífico ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Otro

¿En qué código postal de Ohio vive? _____ ☐ Prefiero no responder ☐ No vivo en Ohio

¿En qué condado de Ohio vive? _____ ☐ Prefiero no responder ☐ No vivo en Ohio

¿Ha consumido drogas en el último año (que no sea marihuana)? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Alguna vez ha sufrido una sobredosis o ha sido testigo de una? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Es la primera vez que recibe el kit de naloxona (Narcan)? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es no, ¿qué sucedió con su kit anterior?

☐ Mi kit se utilizó en mí o en otra persona que tenía una sobredosis. → ¿Sobrevivió esa persona? ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

☐ Los medicamentos de mi kit se vencieron.

☐ Otra

☐ Prefiero no responder