

Pediatric ACEs and Related Life Events Screener (PEARLS) – Child (0-11yo)

Este Formulario Debe de ser Completado por El Cuidador

Fecha de Hoy: _____ Su Nombre: _____ Parentesco al Niño: _____

Muchas familias pasan por eventos estresantes de la vida. Con el tiempo, estas experiencias pueden afectar la salud y el bienestar de su hijo/a. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su hijo/a para que podamos ayudarlos a estar lo más saludable posible.

En algún momento desde que nació su hijo/a, ¿él/ella ha visto o estado presente cuando sucedieron las siguientes experiencias? Por favor incluya experiencias pasadas y presentes. Tenga en cuenta que algunas preguntas tienen más de una parte separada por " O' ". Si alguna parte de la pregunta se responde "Sí", la respuesta a la pregunta completa es "Sí".

Esta bien si no contesta cualquier pregunta que pueda ser demasiado para usted. Nos comprometemos a mantener sus respuestas de una forma confidencial a menos que haya abuso físico o que esté ocurriendo abuso sexual.

¿Alguna vez su hijo ha vivido con un padre/cuidador que fue encarcelado/prisionero?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Cree que su hijo alguna vez se ha sentido sin apoyo, sin amor y/o desprotegido?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo ha vivido con un padre/cuidador que tuvo problemas de salud mental? (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático o un trastorno de ansiedad)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguno de los padres/cuidadores ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez el padre biológico del niño o algún cuidador, ha tenido o actualmente tiene un problema con el uso excesivo de alcohol, drogas ilegales o medicamentos recetados?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su niño le ha faltado la atención adecuada por parte de su cuidador (por ejemplo, no estar protegido de situaciones inseguras o no haber sido atendido cuando está enfermo o lesionado, incluso cuando los recursos estaban disponibles)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo ha visto o escuchado que otro adulto le grite, maldiga, insulte o humille a un padre/cuidador? O'	
¿Alguna vez su hijo ha visto o escuchado que un padre/cuidador sea abofeteado, pateado, golpeado o lastimado con un arma?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Algún adulto en el hogar ha empujado, agarrado fuertemente, abofeteado o tirado algo a su hijo con frecuencia o' muy a menudo? O' ¿Algún adulto en el hogar ha golpeado a su hijo con tanta fuerza que su hijo haya tenido marcas o se haya lesionado? O' ¿Alguno adulto en el hogar ha amenazado alguna vez a su hijo o' ha actuado de una manera que le haya hecho temer que pueda lastimarlo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo ha sufrido abuso sexual? Por ejemplo, ¿alguien tocó a su hijo o le pidió que tocara a esa persona de una manera no deseada, o' hizo que su hijo se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó o tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha habido alguna vez cambios significativos en el estado de la relación de los cuidadores del niño? Por ejemplo, ¿un padre/cuidador se divorció o' se separó, o' alguna pareja nueva se mudó a su casa o' se salió de su casa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Sume todas las respuestas a las que contestó "sí" en esta primera sección: (0-10)

This is the ACE Score

¿Alguna vez su hijo ha visto, escuchado o' ha sido víctima de violencia en su vecindario, comunidad o' escuela? (por ejemplo, "bullying", asalto u otras acciones violentas, guerra o terrorismo)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Su hijo ha sufrido discriminación (por ejemplo, ha sido molestado o' se ha sentido inferior o' excluido debido a su raza, origen étnico, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias de aprendizaje o' discapacidades)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo tuvo problemas con la vivienda (por ejemplo, no tener hogar, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un período de seis meses, enfrentar desalojo o juicio hipotecario (<i>foreclosure</i>), o' tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le ha preocupado que su hijo no tuviera suficiente comida para comer o' que la comida para su hijo se fuera a terminar antes de que pudiera comprar más?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo ha sido separado de sus padres o cuidadores debido a cuidado de crianza (<i>foster care</i>) o' por motivos de inmigración?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha vivido su hijo alguna vez con un padre/cuidador que haya tenido una enfermedad o' discapacidad física grave?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha vivido su hijo alguna vez con un padre o' cuidador que ha fallecido?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo ha sido detenido, arrestado o' encarcelado?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su hijo ha sufrido abuso verbal o' físico o amenazas de una pareja romántica (por ejemplo, un novio o novia)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

