

**Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) – Niños**

Debe llenarlo el proveedor de cuidados

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Su nombre: _____ Su relación con el niño(a): _____

Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar la salud y el bienestar de su hijo(a). Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su hijo(a) para que lo podamos ayudar a estar lo más saludable posible. Desde el nacimiento de su hijo(a), ¿él(ella) vio o estuvo presente en alguna de las siguientes situaciones? Por favor, incluya experiencias pasadas o presentes. Tome en cuenta que algunas preguntas tienen dos partes separadas por "O". Si responde "Sí" a alguna parte de la pregunta, entonces la respuesta a la pregunta completa es "Sí".

Parte 1	Marcar "Sí" donde corresponda.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados que haya sido enviado a la cárcel o estado preso(a)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) no se sintió apoyado, amado y/o protegido? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su madre/padre/proveedor de cuidados con problemas mentales (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, PTSD o trastorno de ansiedad)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez el padre/madre/proveedor de cuidados ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo(a)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Tuvo alguna vez o actualmente tiene el padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados del niño problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no fue protegido de situaciones poco seguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando habían recursos disponibles)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? <input type="radio"/> ¿Alguna vez su hijo(a) vio o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una golpiza o lo hirieran con un arma? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Algún adulto en el hogar a menudo o muy a menudo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto a su hijo(a)? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar golpeó tan fuerte a su hijo(a) que le quedaron marcas o heridas? <input type="radio"/> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar amenazó a su hijo(a) o actuó de manera que atemorizara a su hijo(a) con que podía causarle daño físico? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez abusaron sexualmente a su hijo(a)? Por ejemplo, ¿alguna persona tocó a su hijo(a) o le pidió que tocara a esa persona de una manera que no deseaba, o hizo que su hijo(a) se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo(a)? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental del(los) proveedor(es) de cuidados del niño(a)? Por ejemplo, los padres/proveedor(es) de cuidados se separaron o divorciaron o la pareja sentimental se vino a vivir al hogar o se fue del hogar? 	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 1?

Por favor, continúe en el reverso para completar el cuestionario

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified

Parte 2

Marcar "Sí" donde corresponda.

- ¿Alguna vez su hijo(a) vio, escuchó o fue víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (Por ejemplo, acoso o "bullying" con una víctima específica, agresión u otros actos violentos, guerra o terrorismo) Sí No
- ¿Alguna vez han discriminado a su hijo(a) (por ejemplo, lo(la) han molestado o hecho sentir inferior o excluido(a) por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido problemas de vivienda (por ejemplo, vivir en la calle, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un periodo de seis meses, pasó por un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia)? Sí No
- ¿Alguna vez usted se ha preocupado por que su hijo(a) no tenía suficiente qué comer o porque la comida se fuera a acabar antes de que usted pudiera comprar más? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) se separó de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave? Sí No
- ¿Alguna vez su hijo(a) vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció? Sí No

¿Cuántas respuestas "Sí" aparecen en la Parte 2?

Child (Parent/Caregiver Report) – Identified