

Herramienta de detección de eventos relevantes en la vida y de experiencias adversas en la infancia
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screener, PEARLS) – Adolescente (informe por sí mismo)

Debe llenarlo el paciente

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tu nombre: _____

Muchas familias pasan por eventos de la vida que son estresantes. Con el paso del tiempo, estas experiencias pueden afectar su salud y bienestar. Nos gustaría hacerle algunas preguntas para que podamos ayudarlo a estar lo más saludable posible. Desde su nacimiento, ¿en algún momento 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.
¿Alguna vez 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"/>
¿Alguna vez no se ha sentido apoyado, amado y/o protegido?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha vivido 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"/>
¿Alguna vez su padre/madre/proveedor de cuidados lo ha insultado, humillado o menospreciado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su padre/madre biológico o algún proveedor de cuidados tuvo o actualmente tiene problemas con consumo excesivo de alcohol, drogas o uso de medicinas con receta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez le ha faltado cuidado apropiado de parte de un proveedor de cuidados (por ejemplo, no lo protegieron 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"/>
¿Alguna vez vió o escucho que a su padre/madre/proveedor de cuidados le gritaran, maldicieran, insultaran o fuera humillado por otro adulto? O ¿Alguna vez vió o escuchó que a su padre/madre/proveedor de cuidados lo abofetearan, patearan o le dieran una gorpiza o lo hirieran con un arma?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Algún adulto en el hogar a menudo o muy a menudo lo ha empujado, jaloneado, abofeteado o lanzado algún objeto? O ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo golpeó tan fuerte que le quedaron marcas o heridas? O ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo amenazó o actuó de manera que lo atemorizara con que le podía causar daño físico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez abusaron sexualmente de usted? Por ejemplo, ¿alguna persona lo tocó o le pidió que lo tocara de una manera que no deseaba, o hizo que se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez hubieron cambios significativos en el estado de la relación sentimental de su(s) proveedor(es) de cuidados? 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.

Teen (Self Report) – Identified

Parte 2

Marcar "Sí" donde corresponda.

¿Alguna vez viste, 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez lo han discriminado? (por ejemplo, lo han molestado o lo han hecho sentir inferior o excluido por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se ha preocupado por no tener suficiente qué comer o porque la comida se iba a acabar antes de que su padre/madre/proveedor de cuidados pudiera comprar más?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se ha separado de su padre/madre o proveedor de cuidados porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o por temas de inmigración?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez vivió con su madre/madre/proveedor de cuidados que tuviera una discapacidad o enfermedad grave?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez vivió con su padre/madre/proveedor de cuidados y esa persona falleció?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez lo han detenido, arrestado o encarcelado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguna vez su pareja sentimental ha abusado física o verbalmente de usted o lo ha amenazado (por ejemplo, su novio(a))?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

Teen (Self Report) – Identified