

**Tamizaje pediátrico de ACEs y eventos de vida relacionados (PEARLS)
y Determinantes de salud sociales y de comportamiento (SBDOH)
DESIDENTIFICADO – EDADES 0 A 11 – DEBE SER LLENADO POR UN CUIDADOR**

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre experiencias potencialmente estresantes que pueden afectar la salud. Sus respuestas son confidenciales y ayudarán a su proveedor a brindarle una mejor atención a usted y su hijo.

Para las secciones 1 y 2: En algún momento desde que su hijo nació, ¿su hijo ha experimentado, visto o estado presente cuando las siguientes experiencias ocurrieron?

Sume la cantidad de respuestas "Sí" y coloque el total de respuestas afirmativas en el casillero correspondiente. Algunas preguntas tienen más de una parte separada por "O". Si la respuesta a alguna o varias partes de la pregunta es "Sí", entonces deberá responder "Sí" a la pregunta entera.

PEARLS Parte 1, Sección 1

1. ¿Alguna vez su hijo(a) ha vivido con un padre/cuidador que haya sido enviado a la cárcel o estado preso(a)?
2. ¿Alguna vez su hijo(a) no se sintió apoyado, amado y/o protegido?
3. ¿Alguna vez ha vivido su hijo(a) con un padre/cuidador con problemas mentales? Por ejemplo: depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, TEPT o ansiedad
4. ¿Alguna vez un padre/cuidador ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo(a)?
5. ¿El padre/madre del niño(a) o cualquier cuidador alguna vez ha tenido, o tiene actualmente, un problema con el exceso de alcohol, drogas ilícitas o el uso de medicamentos recetados?
6. ¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado cuidado apropiado de parte de un cuidador? Por ejemplo: no fue protegido(a) de situaciones inseguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo(a) o lastimado(a), aun cuando habían recursos disponibles.
7. ¿Alguna vez su hijo(a) ha visto o escuchado a un padre/cuidador ser gritado, maldicieron, insultado o fuera humillado por otro adulto? <u>O</u> ¿Alguna vez su hijo(a) ha visto o escuchado que a su padre/cuidador lo golpearan, patearan o le dieran un golpe o lo hirieran con un arma?
8. ¿Algún adulto en el hogar frecuentemente o con frecuencia ha empujado, jaloneado, golpeado o arrojado algún objeto a su hijo(a)? <u>O</u> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar ha golpeado a su hijo(a) tan fuerte que tuvo marcas o heridas? <u>O</u> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar ha amenazado a su hijo(a) o actuado de una manera que hizo que su hijo(a) tuviera miedo de que pudiera ser herido(a)?
9. ¿Alguna vez abusaron sexualmente a su hijo(a)? Por ejemplo: ¿alguna persona ha tocado a su hijo(a) o le ha pedido que tocara a esa persona de una manera que no era deseada, o hizo que su hijo(a) se sintiera incómodo(a), o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo(a)
10. ¿Alguna vez ha habido cambios significativos en el estado de la relación de los cuidadores de su hijo(a)? Por ejemplo: los padres/cuidadores se separaron o divorciaron o una pareja romántica se mudó adentro o fuera del hogar
Sume las preguntas "Sí" en esta sección:

Números útiles: Ayuda de salud mental de Los Ángeles: 800-854-7771 o envíe un mensaje de texto con el texto "LA" o "Hogar" al 741741 * Línea directa nacional de abuso infantil (si experimentó algún tipo de abuso cuando era niño, adolescente o adulto) 800-422-4453 * Línea directa nacional de violencia doméstica 800-799-SAFE (7233) * Línea de ayuda del servicio de abuso de sustancias-1-844-804-7500 * Para comentarios / preguntas, correo electrónico: ACEs-LA@dhs.lacounty.gov

PEARLS Parte 2, Sección 2

1. ¿Alguna vez su hijo(a) ha visto, escuchado o sido víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? Por ejemplo: acoso o “bullying” con una víctima específica, agresión o otros actos violentos, guerra, terrorismo
2. ¿Alguna vez han discriminado a su hijo(a) (Por ejemplo: ser molestado(a) o hecho sentir inferior o excluido(a) por su raza, etnia, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias en el aprendizaje o discapacidades)?
3. ¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido problemas de vivienda? Por ejemplo: estar sin hogar, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un periodo de seis meses, pasó por un desalojo o ejecución, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de la familia?
4. ¿Alguna vez le ha preocupado que su hijo(a) no tuviera suficiente comida para comer o que la comida para su hijo(a) se fuera a acabar antes de que usted pudiera comprar más?
5. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido separado de sus padre/cuidador porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o inmigración?
6. ¿Alguna vez su hijo(a) ha vivido con un padre/cuidador que tuvo una enfermedad física grave o discapacidad?
7. ¿Alguna vez su hijo(a) ha vivido con un padre/cuidador y esa persona ha falleció?
Sume las respuestas “Sí” en esta sección:

Preguntas de resiliencia, Sección 3 *Por favor, escriba su respuesta en el cuadro*

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

SBDOH, Sección 4 *Por favor, marque una respuesta. Puede saltarse una pregunta.*

Sí No

	Sí	No
1. ¿Usted o su familia tienen dificultades para encontrar los recursos para pagar lo mas básico, como comida, vivienda, atención médica y calefacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Usted tiene alguna cuenta o deuda pendiente por pagar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le gustaría recibir apoyo para buscar o mantener un trabajo o empleo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le gustaría recibir apoyo con la escuela o entrenamiento laboral? Por ejemplo: comenzar o completar entrenamiento laboral, obtener un diploma de escuela secundaria /GED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En el lugar donde usted y su hijo viven, ¿usted o su familia tienen problemas con cualquiera de los siguientes: plagas (como insectos, hormigas, ratones), moho, pintura con plomo, tuberías de plomo, falta de calefacción, horno o estufa descompuestos, falta de detectores de humo, fugas de agua, condiciones de vida u otros problemas de vivienda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de luz, gas, agua han amenazado con cortar los servicios en su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte seguro le ha impedido a usted o su hijo(a) ir a las citas médicas, juntas, trabajo o de obtener cosas necesarias para la vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Le gustaría recibir asistencia con cualquier problema legal? Por ejemplo: inmigración, problemas de vivienda, desalojo, custodia infantil, manutención de los hijos, violencia doméstica, obtener una identificación o certificado de nacimiento, salarios sin pagar, despido inadecuado, apoyo escolar o beneficios públicos (CalFresh, SSI, Calworks...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>