

**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
<b>Sume las preguntas "Sí" en esta sección:</b>

**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](mailto: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?
<b>Sume las respuestas “Sí” en esta sección:</b>

**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?		
2. ¿Usted tiene alguna cuenta o deuda pendiente por pagar?		
3. ¿Le gustaría recibir apoyo para buscar o mantener un trabajo o empleo?		
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.		
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.		
6. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de luz, gas, agua han amenazado con cortar los servicios en su hogar?		
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?		
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...)		