

Tamizaje pediátrico de ACEs y eventos de vida relacionados (PEARLS) y Determinantes de salud sociales y de comportamiento (SBDOH)

DESIDENTIFICADO – EDADES 12 Y MAYORES – DEBE SER LLENADO POR EL PACIENTE

Por favor, responda 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.

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

Sume la cantidad de respuestas "Sí" y coloque el total de respuestas "Sí" en el casillero correspondiente. Algunas preguntas tienen más de una parte separada por "O". Si alguna o varias partes de la pregunta se responden con "Sí", entonces toda la pregunta es un "Sí".

PEARLS Parte 1, Sección 1

1. ¿Alguna vez ha vivido con un padre/cuidador que fue enviado a la cárcel/prisión?
2. ¿Alguna vez se ha sentido sin apoyo, sin amor y/o desprotegido?
3. ¿Alguna vez ha vivido con un padre/cuidador que tuvo problemas de salud mental? Por ejemplo: depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, TEPT o ansiedad.
4. ¿Alguna vez un padre/cuidador lo ha insultado, humillado o menospreciado?
5. ¿Alguna vez su padre/madre biológica o cualquier cuidador alguna vez ha tenido, o tiene actualmente, un problema con demasiado alcohol, drogas ilícitas o uso de medicamentos recetados?
6. ¿Alguna vez le ha faltado cuidado adecuada de parte de algún padre/cuidador? Por ejemplo: no estar protegido de situaciones inseguras, o no lo atendieron cuando estaba enfermo o lastimado, aun cuando había recursos disponibles.
7. ¿Alguna vez ha visto o escuchado a un padre/cuidador ser gritado, maldicido, insultado o fuera humillado por otro adulto? <u>O</u> ¿Alguna vez ha visto o escuchado a un padre/cuidador ser golpeado, pateado, golpeado o herido con un arma?
8. ¿Algún adulto en el hogar a frecuentemente o con frecuencia lo ha empujado, jaloneado, golpeado o arrojado algún objeto? <u>O</u> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo golpeó tan fuerte que le quedaron marcas o heridas? <u>O</u> ¿Alguna vez algún adulto en el hogar lo amenazó o actuó de manera que lo atemorizara con que le hizo temer que pudiera ser lastimado?
9. ¿Alguna vez abusaron sexualmente de usted? Por ejemplo: ¿alguna persona lo(a) tocó o le pidió que lo tocara de una manera que no era deseada, o hizo que se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó tener o tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted?
10. ¿Alguna vez ha habido cambios significativos en el estado de relación de su(s) cuidador(es)? Por ejemplo: un padre/cuidador se divorció o se separó, o una pareja romántica se mudó dentro o fuera.
Sume las respuestas "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 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 o terrorismo
2. ¿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.
3. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la 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 no tenía suficiente comida para comer o que la comida se terminara antes de que usted o su padre/cuidador pudieran comprar más?
5. ¿Alguna vez ha sido separado de su padre / cuidador debido a porque lo pusieron en un hogar de crianza temporal o inmigración?
6. ¿Alguna vez ha vivido con un padre / cuidador que tuvo una enfermedad física grave o discapacidad?
7. ¿Alguna vez ha vivido con un padre/cuidador y esa persona falleció?
8. ¿Alguna vez ha sido detenido, arrestado o encarcelado?
9. ¿Alguna vez ha sido abusado(a) verbal o físicamente o amenazado(a) de una pareja romántica? Por ejemplo: de un novio o novia.
Sume las respuestas “Sí” en esta sección:

Preguntas de resiliencia, Sección 3 *Por favor, marque una casilla y escriba su respuesta.*

¿Se recupera rápidamente de las dificultades o enfermedades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Cuáles son sus fortalezas?

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 o su familia tienen 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 en que viven usted y su familia, ¿usted o su familia tienen problemas con cualquiera de los siguientes: plagas, 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 familia 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...)		