

# CYW Adverse Childhood Experiences Questionnaire Teen (ACE-Q) Teen

To be completed by Parent/Caregiver

Today's Date: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Your Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_

**Many children experience stressful life events that can affect their health and wellbeing. The results from this questionnaire will assist your child's doctor in assessing their health and determining guidance. Please read the statements below. Count the number of statements that apply to your child and write the total number in the box provided.**

**Please DO NOT mark or indicate which specific statements apply to your child.**

**1) Of the statements in Section 1, HOW MANY apply to your child? Write the total number in the box.**

**Section 1. At any point since your child was born...**

- Your child's parents or guardians were separated or divorced
- Your child lived with a household member who served time in jail or prison
- Your child lived with a household member who was depressed, mentally ill or attempted suicide
- Your child saw or heard household members hurt or threaten to hurt each other
- A household member swore at, insulted, humiliated, or put down your child in a way that scared your child OR a household member acted in a way that made your child afraid that s/he might be physically hurt
- Someone touched your child's private parts or asked them to touch that person's private parts in a sexual way that was unwanted, against your child's will, or made your child feel uncomfortable
- More than once, your child went without food, clothing, a place to live, or had no one to protect her/him
- Someone pushed, grabbed, slapped or threw something at your child OR your child was hit so hard that your child was injured or had marks
- Your child lived with someone who had a problem with drinking or using drugs
- Your child often felt unsupported, unloved and/or unprotected

**2) Of the statements in Section 2, HOW MANY apply to your child? Write the total number in the box.**

**Section 2. At any point since your child was born...**

- Your child was in foster care
- Your child experienced harassment or bullying at school
- Your child lived with a parent or guardian who died
- Your child was separated from her/him primary caregiver through deportation or immigration
- Your child had a serious medical procedure or life threatening illness
- Your child often saw or heard violence in the neighborhood or in her/his school neighborhood
- Your child was detained, arrested or incarcerated
- Your child was often treated badly because of race, sexual orientation, place of birth, disability or religion
- Your child experienced verbal or physical abuse or threats from a romantic partner (i.e. boyfriend or girlfriend)

## Questionario sobre experiencias adversas en la infancia - Adolescentes

A completar por los padres/tutor

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Muchos niños tienen experiencias estresantes que pueden afectar su salud y su bienestar. Los resultados de este cuestionario ayudarán al médico de su hijo a evaluar su salud y a determinar las medidas a tomar. Lea las afirmaciones siguientes. Cuente aquellas que aplican a su hijo y escriba el número total en la casilla correspondiente.**

**NO marque ni indique las afirmaciones específicas aplicables a su hijo.**

**1) De las afirmaciones en la sección 1, ¿CUÁNTAS son aplicables a su hijo? Escriba el total en la casilla.**

**Sección 1.** En algún momento desde el nacimiento de su hijo...

- Los padres o tutores del niño se separaron o divorciaron
- El niño vivió con alguien que estuvo en la cárcel o en prisión
- El niño vivió con alguien que sufría de depresión, tenía una enfermedad mental o intentó suicidarse
- El niño vio u oyó a las personas con las que convivía hacerse daño o amenazarse con hacerse daño
- Una persona con la que convivía el niño le decía groserías, le insultaba, le humillaba o le criticaba de una manera que le asustaba O actuaba de una forma que hacía que el niño tuviera miedo de que le hiciera daño físico
- Alguien ha tocado las partes íntimas del niño o le ha pedido al niño que tocara sus partes íntimas de un modo sexual que no deseara, fuera contra su voluntad o le hiciera sentir incómodo
- Más de una vez, al niño le faltó la comida, el vestido, un lugar donde vivir o alguien que lo protegiera
- Alguien empujó, agarró, abofeteó o arrojó algo al niño O le golpearon con tanta fuerza que le dejaron marca o le lesionaron
- El niño vivió con alguien que tenía un problema con la bebida o con las drogas
- El niño sintió con frecuencia que no tenía nadie que lo apoyara, lo amara o lo protegiera

**2) De las afirmaciones en la sección 2, ¿CUÁNTAS son aplicables a su hijo? Escriba el total en la casilla.**

**Sección 2.** En algún momento desde el nacimiento de su hijo...

- El niño estuvo en un hogar de acogida (foster care)
- El niño experimentó acoso o intimidación (bullying) en la escuela
- El niño vivió con un padre, madre o tutor que murió
- El niño tuvo que separarse de la persona que lo cuidaba por motivos de deportación o inmigración
- El niño sufrió una operación médica grave o una enfermedad que puso en peligro su vida
- El niño vio u oyó actos violentos en su vecindario o en el vecindario de su escuela
- El niño ha estado detenido, arrestado o encarcelado
- Al niño le han tratado mal con frecuencia por su raza, orientación sexual, lugar de nacimiento, discapacidad o religión
- El niño ha experimentado abuso verbal o físico o amenazas de su pareja (es decir, novio o novia)