

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

To be completed by Patient

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

Your Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

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

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

**1) Of the statements in section 1, HOW MANY apply to you? Write the total number in the box.**

## Section 1. At any point since you were born...

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

**2) Of the statements in section 2, HOW MANY apply to you? Write the total number in the box.**

## Section 2. At any point since you were born...

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



## Cuestionario sobre experiencias adversas en la infancia – Adolescentes (Autoinforme)

### A completar por el paciente

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

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Muchos niños tienen experiencias estresantes que pueden afectar su salud y su bienestar. Los resultados de este cuestionario ayudarán a tu médico a evaluar tu salud y a determinar las medidas a tomar.** Lee las afirmaciones siguientes. Cuenta aquellas que se te pueden aplicar y escribe el número total en la casilla correspondiente.

**NO marques ni indiques las afirmaciones específicas que aplican a tu caso.**

**1) De las afirmaciones en la sección 1, ¿CUÁNTAS son aplicables? Escribe el total en la casilla.**

#### Sección 1. En algún momento desde que naciste...

- Tus padres o tutores se separaron o divorciaron
- Viviste con alguien que estuvo en la cárcel o en prisión
- Viviste con alguien que sufría depresión, tenía una enfermedad mental o intentó suicidarse
- Viste u oíste a las personas con las que convivías hacerse daño o amenazarse con hacerse daño
- Una persona con la que convivías te decía groserías, te insultaba, te humillaba o te criticaba de una manera que te asustaba O actuaba de una forma que hacía que tuvieras miedo de que te hiciera daño físico
- Alguien te tocó las partes íntimas o te ha pedido que tocaras sus partes íntimas de un modo sexual que no desearas, fuera contra tu voluntad o te hiciera sentir incómodo
- Te faltó la comida, el vestido, un lugar donde vivir o alguien que te protegiera
- Alguien te empujó, agarró, abofeteó o arrojó algo O te golpearon con tanta fuerza que te dejaron marca o te lesionaron
- Viviste con alguien que tenía un problema con la bebida o con las drogas
- Has sentido que no tenías nadie que te apoyara, te amara o te protegiera

**2) De las afirmaciones en la sección 2, ¿CUÁNTAS son aplicables? Escribe el total en la casilla.**

#### Sección 2. En algún momento desde que naciste...

- Has estado con una familia de acogida (foster care)
- Has experimentado acoso o intimidación (bullying) en la escuela
- Viviste con un padre, madre o tutor que murió
- Tuviste que separarte de la persona que te cuidaba por motivos de deportación o inmigración
- Sufriste una operación médica grave o una enfermedad que puso en peligro tu vida
- Has visto u oído actos violentos en tu vecindario o en el vecindario de tu escuela
- Te detuvieron, arrestaron o encarcelaron
- Te han tratado mal por tu raza, orientación sexual, lugar de nacimiento, discapacidad o religión
- Has experimentado abuso verbal o físico o amenazas de tu pareja (es decir, novio o novia)