

Apéndice S1: ACE pediátrico final y otros determinantes del cuestionario de salud

Cuestionario BARC ACE y otros determinantes de la salud		
Numero de Identificación de Estudio: _____ Fecha de hoy _____		
<p>Muchas familias experimentan eventos estresantes de la vida. Con el tiempo, estas experiencias pueden afectar la salud y el bienestar de su hijo. Nos gustaría hacerle preguntas sobre su hijo para que podamos ayudarlo a estar lo más saludable posible. En algún momento desde que nació su hijo, ¿ha visto o estado presente cuando sucedieron las siguientes experiencias? Por favor incluya experiencias pasadas y presentes. Tenga en cuenta que algunas preguntas tienen más de una parte separada por "O". Si alguna parte de la pregunta se responde "Sí", la respuesta a la pregunta completa es "Sí".</p>		
1. ¿Alguna vez ha vivido su hijo con un padre/cuidador que fue a la cárcel/prisión?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Cree que su hijo alguna vez se sintió sin apoyo, sin amor y/o sin protección?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Ha vivido su hijo alguna vez con un padre/cuidador que tuvo problemas de salud mental? (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático o un trastorno de ansiedad)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez un padre/cuidador ha insultado, humillado o menospreciado a su hijo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha tenido el padre biológico del niño o algún cuidador, o actualmente tiene un problema con el uso excesivo de alcohol, drogas ilegales o medicamentos recetados?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez le ha faltado cuidado adecuado a su hijo de parte de cualquier cuidador (por ejemplo, no está protegido de situaciones inseguras o no le han cuidado cuando estaba enfermo o lesionado, incluso cuando los recursos estaban disponibles)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez su hijo ha visto o escuchado a un padre/cuidador que otro adulto le grite, maltrate, insulte o humille? O ¿Alguna vez su hijo ha visto o escuchado a un padre/cuidador siendo abofeteado, pateado, golpeado o herido con un arma?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

8. ¿Alguno de los adultos en el hogar ha empujado, agarrado, abofeteado o tirado algo a su hijo con mucha frecuencia? O ¿Alguno de los adultos en el hogar ha golpeado a su hijo con mucha fuerza que su hijo haya tenido marcas o se haya lastimado? O ¿Alguno de los adultos en el hogar ha amenazado alguna vez a su hijo o ha actuado de manera tal que haya tenido miedo de que lo pudiera lastimar?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez su hijo ha sufrido abuso sexual? Por ejemplo, ¿alguien tocó a su hijo o le pidió que tocara a esa persona de una manera no deseada, o hizo que su hijo se sintiera incómodo, o alguien alguna vez intentó o realmente tuvo sexo oral, anal o vaginal con su hijo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez ha habido cambios significativos en el estado de la relación de los cuidadores del niño? Por ejemplo, ¿un padre/cuidador se divorció o se separó, o una pareja romántica se mudó dentro o fuera?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Escriba el número total de Sí en esta primera sección aquí:

11. ¿Alguna vez su hijo ha visto, escuchado o ha sido víctima de violencia en su vecindario, comunidad o escuela? (por ejemplo, intimidación selectiva, asalto u otras acciones violentas, guerra o terrorismo)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
12. ¿Su hijo ha sufrido discriminación (por ejemplo, ha sido molestado o hecho sentirse inferior o excluido debido a su raza, origen étnico, identidad de género, orientación sexual, religión, diferencias de aprendizaje o discapacidades)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez su hijo tuvo problemas con la vivienda (por ejemplo, no tener hogar, no tener un lugar estable para vivir, mudarse más de dos veces en un período de seis meses, enfrentarse a un desalojo o ejecución hipotecaria, o tuvo que vivir con varias familias o miembros de familia)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez le ha preocupado que su hijo no tenga suficiente comida para comer o que la comida para su hijo se termine antes de que pueda comprar más?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
15. ¿Alguna vez su hijo ha sido separado de sus padres o cuidadores debido a cuidado de crianza o inmigración?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
16. ¿Ha vivido su hijo alguna vez con un padre/cuidador que haya tenido una enfermedad o discapacidad física grave?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

17. ¿Ha vivido su hijo con un padre o cuidador que murió?	Si No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---

Escriba el número total de Sí en esta segunda sección aquí: