**Antes de cumplir 18 años:**

1. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia...**

¿Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban?
o
¿Actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?

\_1. Si \_0. No

2. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia...**

¿Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas?\_
o
¿**Alguna vez** lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo

lastimaron?\_

\_1. Si \_0. No

3. Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted **alguna vez...**

¿Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?
o
¿Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?

\_1. Si \_0. No

4. Se sentia usted **con frecuencia o con mucha frecuencia** que...

¿Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?\_
o

¿En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?\_\_

\_1. Si \_0. No

5. Se sentia usted con **frecuencia o con mucha frecuencia** que...
¿No tenía sufiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?
o
¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al medico si es que lo necesitaba?

\_1. Si \_0. No

6. Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?

\_1. Si \_0. No

7. A su madre o madrastra:
Con **frecuencia o con mucha frecuencia** la empupjaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?
o
**A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia** le pegaban, la mordían, la daban puñetazos, o la golpeaban con algun objeto duro?
o
Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaon con una pistola o un cuchillo?

\_1. Si \_0. No

8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcoholico, o que usaba drogas?

\_1. Si \_0. No

9. Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?

\_1. Si \_0. No

10. Algún miembro de su familia fué a la carcel?

\_1. Si \_0. No

**11. Ahora sume las respuestas en que anoto “SI.”\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Esta es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)**

Notes:

Reference:

Spanish translation obtained from University of Miami Center of Excellence for Health Disparities Research, El Centro Measures Library, at https://elcentro.sonhs.miami.edu/research/measures-library/aces/index.html