

Trauma Screen

Nombre _____

Fecha _____

Muchos niños pasan por eventos espantosos o estresantes. Abajo es una lista de eventos espantosos o estresantes que pueden suceder. Marca Si, si has vivido alguno de estos eventos. Marca No, si no has vivido alguno de estos eventos.

1. Desastre natural que fue grave, como un inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio/lumbre. Si No
2. Accidente grave o herida seria casuado por un choque de autos o bicicletas, ser mordido por un perro, o herida causado por jugando un deporte Si No
3. Ser robado con amenaza, fuerza o arma. Si No
4. Cacheteado/a, puñeteado/a o golpeado/a por un familiar. Si No
5. Cacheteado/a, puñeteado/a o golpeado/a por alguien desconocido Si No
6. Ver un familiar ser cacheteado/a o, puñeteado/a o golpeado/a. Si No
7. Ver alguien en tu comunidad ser cacheteado/a o, puñeteado/a o golpeado/a. Si No
8. Ser tocado por un adulto o alguien mayor en tus partes sexuales/ privadas cuando no debieron Si No
9. Ser forzado/a o presionado/a en tener sexo o en un tiempo en cuando no pudiste decir no. Si No
10. Un familiar o persona cercana moriendose de repente o de una manera violenta. Si No
11. Ser atacado, cucheteado, disparado o lastimado gravemente. Si No
12. Ver alguien ser atacado, cucheteado, disparado, lastimado gravemente, o matado. Si No
13. Procedimiento médico estresante o atemorizante. Si No
14. Estar al rededor de una guerra. Si No
15. Algun otro evento estresante o espantoso? Si No

Describe: _____

Cual de los eventos te molesta mas? _____

Si es que contestaste **NO** a las preguntas arriba, **PARA**. Si es que contestaste **SI** para alguna de las preguntas arriba, porfavor contesta las siguientes preguntas

En cuando sucedio el evento, que sentiste?

- Miedo que me iba morir o que fuera gravemente herido. Si No
- Miedo que alguien mas moriera o fuera lastimado. Si No
- Sin poder ayudarme a mi mismo/a Si No
- Verguenza o asco. Si No