

**CUESTIONARIO DE EVENTOS TRAUMATICOS**  
**INFORME DE LOS PADRES V. 2013**  
*(Traumatic Events Screening Inventory – Parent Report Revised)*

ID _____	Times@clinic ____	Resp. ____
Date ___/___/___	Time Period ____	Assessor ____
VScale ____	VP1__VP1__VP3__	
RC Event# ____	Interview <input type="checkbox"/>	Questionnaire <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/>

Los niños pueden experimentar eventos estresantes que pueden afectar su salud y bienestar. Por favor indique si su hijo(a) ha experimentado alguna de estas situaciones que pueden ser potencialmente estresantes contestando las preguntas sombreadas. Si su respuesta es “sí”, por favor conteste las preguntas que siguen. Si su respuesta es “no”, por favor pase a la siguiente pregunta sombreada.

Instrucciones de codificación de edad: Por favor marque todas las edades en las cuales el niño experimentó cada evento. Para las edades de 2 años en adelante redondee hacia abajo, hacia el año más próximo. Por ejemplo, si el evento ocurrió cuando el niño tenía 5.11, debe ser codificado como 5

Si tiene alguna duda, inquietud o comentario acerca de alguna pregunta, será un placer hablar/platicar sobre esto con usted.

<b>SAMPLE ITEM</b>											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido una consulta médica? <i>(Marque su respuesta en la columna a la derecha)</i>											
<b>Edad? (Cheque todas las que apliquen)</b>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	

<b>1.1</b> ¿Alguna vez su hijo(a) <b>estuvo en</b> un accidente grave en el cual alguien pudo quedar o quedó gravemente herido o murió? (por ejemplo en un accidente de carro o bicicleta, una caída, un incendio, un suceso en el cual sufrió quemaduras, o en el que alguien se ahogó o estuvo a punto de ahogarse, o sufrió una herida grave debido a un deporte)?											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a	
<b>Edad? (Cheque todas las que apliquen)</b>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+		
Relación de la víctima con su hijo(a): _____ ¿Alguien murió? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no estoy seguro(a)												

<b>1.2</b> ¿Alguna vez su hijo(a) <b>vió</b> un accidente grave en donde alguien pudo quedar o quedó gravemente herido o murió? (por ejemplo en un accidente de carro o bicicleta, una caída, un incendio, un suceso en el cual sufrió quemaduras, o en el que alguien se ahogó o estuvo a punto de ahogarse, o sufrió una herida grave debido a un deporte)?											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a	
<b>Edad? (Cheque todas las que apliquen)</b>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+		
Relación de la víctima con su hijo(a): _____ ¿Alguien murió? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no estoy seguro(a)												

<b>1.3</b> ¿Alguna vez su hijo(a) ha estado en un desastre natural serio en donde alguien pudo quedar o quedó gravemente herido o murió? (Por ejemplo en un tornado, huracán, incendio o terremoto)? <span style="float: right;">→</span>											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad? (Cheque todas las que apliquen)</b>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
¿Alguien que su hijo(a) conocía personalmente murió? ? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no estoy seguro(a)											

<b>1.4a.</b> ¿Alguna vez una persona cercana a su hijo(a) ha tenido una enfermedad o lesión grave?											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad? (Cheque todas las que apliquen)</b>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____											

<b>1.4b</b> ¿Alguna vez su hijo(a) ha sufrido la muerte de alguien cercano a él/ella?											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad? (Cheque todas las que apliquen)</b>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____											

<b>1.5</b> ¿Alguna vez su hijo(a) recibió algún tratamiento médico de gravedad o ha tenido alguna enfermedad que puso su vida en peligro? o ¿Ha sido atendido en la sala de urgencias, por algún paramédico u hospitalizado por una noche o más tiempo por un problema médico? <span style="float: right;">→</span>											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad? (Cheque todas las que apliquen)</b>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Notas:											

<b>1.6</b> ¿Alguna vez a su hijo(a) se le separó de usted o de otra persona de la que depende de amor o seguridad por más de unos cuantos días o bajo circunstancias muy estresantes? Por ejemplo a causa de “foster care”, inmigración, guerra, enfermedad grave u hospitalización. →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
¿De quién fue separado su hijo(a)?: _____											

<b>1.7</b> ¿Alguna vez alguien cercano a su hijo(a) ha intentado suicidarse o hacerse daño así mismo(a)? →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____											

<b>2.1</b> ¿Alguna vez alguien agredió físicamente a su hijo(a) tal como golpearlo, empujarlo, estrangularlo, sacudirlo, morderlo, o quemarlo? ¿lo castigó causándole heridas o moretones? o ¿lo ha atacado con una pistola, cuchillo u otra arma? (Esto lo pudo haber hecho un familiar u otra persona). →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____											

<b>2.2</b> ¿Alguna vez alguien amenazó directamente a su hijo(a) con herirlo gravemente? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____
Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____											
<b>2.3</b> ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido robado/asaltado? ¿Estuvo presente cuando un miembro de la familia, otra persona encargada de su cuidado, o un amigo fue robado/asaltado? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	¿Quién fue asaltado? (Si no fue su hijo(a), indique la relación de la persona con su hijo(a)) _____
¿Quién fue asaltado? (Si no fue su hijo(a), indique la relación de la persona con su hijo(a)) _____											
<b>2.4</b> ¿Alguna vez alguien ha raptado/secuestrado a su hijo(a)? (incluyendo sus padres o parientes) o ¿A alguna persona cercana a el/ella? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	¿Quién fue raptado/secuestrado? (Si no fue su hijo(a), indique la relación de esta persona con su hijo(a)) _____ Indique la relación del secuestrador con su hijo(a)? _____
¿Quién fue raptado/secuestrado? (Si no fue su hijo(a), indique la relación de esta persona con su hijo(a)) _____ Indique la relación del secuestrador con su hijo(a)? _____											

2.5 ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido atacado por un perro o algún otro animal? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
¿Su hijo fue herido gravemente como resultado del ataque? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no estoy seguro(a)											

3.1 ¿Alguna vez su hijo(a) vió o escuchó a <i>familiares</i> pelearse físicamente, golpearse, bofetearse, patearse o empujarse? o ¿dispararse con una pistola, apuñalarse con un cuchillo, o usando cualquier otro tipo de arma peligrosa? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de estas persona con su hijo(a) _____											

3.2 ¿Alguna vez su hijo(a) vió o escuchó a <i>familiares</i> amenazándose con hacerse daño seriamente? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de estas persona con su hijo(a) _____											

<b>3.3</b> ¿Alguna vez su hijo(a) ha sabido de o visto que algún miembro de la familia ha sido arrestado, encarcelado, apresado, o llevado (por ejemplo por la policía, soldados u otras autoridades)? <span style="float: right;">→</span>											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	Indique la relación de estas persona con su hijo(a) _____
<b>4.1</b> ¿Alguna vez su hijo(a) ha visto u oído a personas <i>fuera de la familia</i> pelearse, golpearse, empujarse o atacarse el uno al otro? o ¿Ha visto u oído de violencia tal como palizas, disparos, o asaltos que hayan ocurrido en lugares importantes para su hijo(a), como en su escuela, su vecindario/barrio o el vecindario de una persona importante en la vida de su hijo(a)? <span style="float: right;">→</span>											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	Indique la relación de estas persona con su hijo(a) _____
<b>4.2</b> ¿Alguna vez su hijo(a) ha estado directamente expuesto a una guerra, conflicto armado o terrorismo? <span style="float: right;">→</span>											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	Notas:
<b>4.3</b> ¿Alguna vez su hijo(a) ha visto o escuchado sobre guerras o terrorismo en la televisión o el radio? <span style="float: right;">→</span>											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	Notas:

<b>5.1</b> ¿Alguna vez alguien <i>ha hecho</i> que su hijo(a) vea o haga alguna actividad sexual (por ejemplo tocarlo de manera sexual, exhibirse sexualmente, masturbarse enfrente de él/ella o tener relaciones sexuales)? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____											
<b>5.2</b> ¿Alguna vez su hijo(a) estuvo presente cuando alguien fue forzado(a) a tener cualquier tipo de actividad sexual? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
¿Indique la relación de estas personas con su hijo(a)? Víctima: _____ Agresor: _____											
<b>6.1</b> ¿Alguna vez le han dicho a su hijo(a) repetidamente que no es un niño bueno, o ha recibido gritos que lo han asustado o amenazas de que van a abandonarlo, dejarlo o mandarlo lejos? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Indique la relación de esta persona con su hijo(a) _____											

<b>6.2</b> ¿Alguna vez su hijo ha vivido algún periodo en el que no tuvo un cuidado apropiado, es decir fue descuidado (por ejemplo no tuvo lo suficiente para comer o beber, le faltó un lugar donde vivir, tuvo que quedarse solo cuando él/ella era demasiado pequeño(a) para cuidar de si mismo o estuvo al cuidado de alguna persona que usaba drogas)?											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
<b>7.1</b> ¿A su hijo(a) le han pasado otras cosas estresantes? _____ →											<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a
<b>Edad?</b> <i>(Cheque todas las que apliquen)</i>	Embarazo	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18-24 meses	2	3	4	5	6+	
Describa brevemente estas situaciones: _____   											