

Pantalla de Trauma

Nombre:

Fecha:

A muchos niños les suceden eventos estresantes o aterradores. A continuación hay una lista de eventos estresantes y aterradores que a veces ocurren. Marque SÍ si te sucedió. Marque NO si no te sucedió.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Desastre natural grave, como una inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio. | Sí | No |
| 2. Accidente o lesión grave, como un choque de auto/bicicleta, mordedura de perro, lesión deportiva. | Sí | No |
| 3. Ser robado mediante amenaza, fuerza o arma. | Sí | No |
| 4. Recibir bofetadas, puñetazos o golpes dentro de su familia. | Sí | No |
| 5. Recibir bofetadas, puñetazos o golpes por alguien fuera de su familia. | Sí | No |
| 6. Ver a alguien en su familia recibir bofetadas, puñetazos o golpes. | Sí | No |
| 7. Ver a alguien en la comunidad recibir bofetadas, puñetazos o golpes. | Sí | No |
| 8. Que alguien mayor le toque sus partes privadas cuando no debería. | Sí | No |
| 9. Que alguien lo fuerce o presione a tener relaciones sexuales, o cuando no pudo decir no. | Sí | No |
| 10. La muerte repentina o violenta de alguien cercano a usted. | Sí | No |
| 11. Ser atacado, apuñalado, recibir disparos o ser herido gravemente. | Sí | No |
| 12. Ver a alguien ser atacado, apuñalado, recibir disparos, herido gravemente o asesinado. | Sí | No |
| 13. Procedimiento médico estresante o aterrador. | Sí | No |
| 14. Estar en una zona de guerra. | Sí | No |
| 15. ¿Otro evento estresante o aterrador? | Sí | No |

Describir:

¿Cuál le molesta más ahora?

Si respondió NO a todas las preguntas anteriores, DETÉNGASE.

Si respondió SÍ a alguna de las preguntas anteriores, por favor complete el resto de este formulario.

Cuando ocurrió el evento, ¿sintió usted?

- | | | |
|--|----|----|
| Miedo de morir o ser gravemente herido. | Sí | No |
| Miedo de que otra persona muriera o resultara gravemente herida. | Sí | No |
| Impotencia para hacer algo. | Sí | No |
| Vergüenza o asco. | Sí | No |