

ENCUESTA SOBRE LAS EXPERIENCIAS A LO LARGO DE SU VIDA

Las siguientes preguntas se refieren a eventos difíciles que pudo haber experimentado a lo largo de su vida.

	Sí	No
1. Cuando era niño , ¿Algún padre o adulto en su hogar alguna vez la ha golpeado, abofeteado, pegado, pateado, o lastimado físicamente? No incluya nalgadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Cuando era niño , ¿Alguna vez sus padres o adultos en su hogar se abofetearon, golpearon, pegaron, patearon o físicamente se lastimaron ellos mismos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Cuando era niño , ¿Algún adulto o alguien al menos 5 años mayor que usted, alguna vez le tocó sexualmente, trato de hacer que los toques sexualmente, o le obligo a tener relaciones sexuales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Cuando era niño , ¿Sus padres estaban separados o divorciados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cuando era niño , ¿Alguno de sus padres estuvo ausente de su vida por un largo periodo de tiempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Como adulto , ¿Ha sido golpeado abofeteado, pegado, pateado, o lastimado físicamente por un compañero sentimental o esposo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Como adulto , ¿Alguien la ha forzado a llevar acabo relaciones sexuales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez uno de sus padres, un cuidador, pareja o compañero sentimental ha tenido problemas con la bebida o han sido alcohólico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez uno de sus padres, cuidador, pareja o compañero sentimental ha consumido drogas ilícitas o ha abusado de medicamentos con recetas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez uno de sus padres, cuidador, pareja o compañero sentimental ha estado deprimido, sufre de alguna enfermedad mental, o es una persona suicida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez uno de sus padres, cuidador, pareja o compañero sentimental ha estado en prisión o en la cárcel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen violento como de un robo a mano armada o asalto físico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Crimen violento se refiere a un acto violento por alguien que no sea un cónyuge, pareja o miembro de la familia del hogar. No incluya violencia sexual.*

	Nunca	Rara la vez	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo
13. Cuando era niño , ¿Con que frecuencia alguno de sus padres, o cuidador la ha insultado, o hecho de menos?	<input type="radio"/>				
14. Como adulto , ¿Con que frecuencia alguno de sus padres, o cuidador le ha gritado o amenazado con lastimarla?	<input type="radio"/>				
15. A lo largo se vida , ¿Con que frecuencia usted ha sentido que ha sido discriminada?	<input type="radio"/>				
16. A lo largo de su vida , ¿Con que frecuencia ha pasado hambre, porque su familia no pudo comprar comida?	<input type="radio"/>				
17. A lo largo de su vida , ¿Con que frecuencia ha estado sin hogar ?	<input type="radio"/>				

**Sin hogar significa que haya tenido que quedarse en algún lugar tal como un programa de hogar de transición, un refugio, un hotel/motel pago mediante un cupón, la casa de otra persona, un carro u otro vehículo, un edificio abandonado, algún lugar al aire libre, o algún otro lugar no destinado a la vivienda de personas.*

Preguntas Suplementarias

	Sí	No
18. Cuando era niño , ¿A menudo, fue usted intimidada o se burlaron de usted severamente por otros niños o adolescentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez ha visto a alguien morir de repente, ser herido o asesinado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez un amigo cercano o un miembro de su familia murió de repente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez ha experimentado un accidente de carro, bote, o avión realmente malo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. A lo largo de su vida , ¿Alguna vez ha estado en un huracán, inundación, terremoto, tornado, o incendio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Durante o después del nacimiento de su hijo/a , ¿Alguna vez sintió que la vida de usted y la de su bebe estaban amenazadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Alrededor del nacimiento de su hijo/a , ¿Alguna vez experimentaron usted o su bebé una lesión real o una amenaza de lesión grave?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>