

Inventario de detección de eventos traumáticos (tesi)

Niños pueden experimentar eventos estresantes, cual pueden afectar su salud y bienestar.

Por favor señalar si su hija ha experimentado algunas de las experiencias potencialmente estresante por responder a las siguientes preguntas.

Si tiene algunas preguntas o comentarios sobre algunas de las preguntas, estaríamos encantados de hablar con usted.

¿Alguien alguna vez agredió físicamente a su hijo, como golpear, empujar, ahogar, agitar, morder, o quemar? O castigó a su hijo y causó lesiones físicas o hematomas? O atacó a su hijo con una pistola, un cuchillo, o una otra arma? (esto podría ser hecho por alguien en la familia o por alguien no en la familia de su hijo).

Sí
No
Inseguro

¿Alguien alguna vez le hizo a su hijo ver o hacer alguna sexual (como tocar en una manera sexual, exponerle o masturbarse en frente de su hijo, o participar en relaciones sexuales)?

Sí
No
Inseguro

¿Su hijo pasó por un un período en su hijo que carecía de atención adecuada (como no tener bastante para comer o beber, faltar el refugio, estar para ser dejado solo cuando era demasiado joven para cuidar de sí mismo, o estar para ser dejado con un cuidador que estaba abusando drogas)?

Sí
No
Inseguro
