

**Health and wellness can be affected by difficult life experiences. We want to help you if you answer yes to any of the questions below.**

It's ok not to answer any questions that seem too much for you. We promise to keep your answers confidential, unless there's actual physical or sexual abuse taking place (or past sexual abuse that wasn't reported).

1. Have you experienced being sworn at, insulted frequently, or been put down verbally? Yes/No
  2. Has your parent ever experienced being pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at them, or been hit so hard that they were injured or had a mark? Yes/No  
Did you see this happen? Yes/No
  3. Have you been the victim of violence (physical abuse, mugged or assaulted)? Yes/No
  4. Has anyone fondled, touched you inappropriately, or sexually abused you? Yes/No
  5. Have you often felt that no one in your family loved you, or looked out for you, or felt close to you? Yes/No
  6. Have you ever experienced not having enough to eat, had to wear dirty clothes, or had no one to protect you? Yes/No
  7. Have you ever lived with someone that was a problem drinker or alcoholic, or had a drug addiction problem? Yes/No
  8. Were your parents/guardians ever too drunk or high to take care of you? Yes/No
  9. Were your parents/guardians ever separated or divorced? Yes/No
  10. Have you ever had a household member who was mentally ill, depressed, or committed suicide? Yes/No
  11. Have you ever had a household member go to jail/prison or be deported? Yes/No
  12. Have you ever experienced homelessness or been in foster care? Yes/No
  13. Have you had to move or change schools a number of times? Yes/No
  14. Have you experienced the death of a very close friend or family member? Yes/No
  15. Have you been extremely ill or injured? Yes/No
  16. Have you ever been pregnant or gotten someone pregnant? Yes/No
  17. Is there anything else you'd like to tell us?
- 

If you had one or more of these experiences, we can help you. Your provider or staff member may go over these questions with you and offer support and resources to help you. Please ask if you feel you may need more information or help.

Name: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_

**La salud y el bienestar se pueden ver afectados por haber pasado experiencias difíciles en la vida. Queremos ayudarle si su respuesta es sí a cualquiera de estas preguntas.**

Está bien si no contesta cualquier pregunta que pueda ser demasiado para usted. Nos comprometemos a mantener sus respuestas de una forma confidencial, a menos que haya abuso físico o que esté ocurriendo abuso sexual (o abuso sexual en el pasado que no fue reportado)

1. ¿Alguna vez ha pasado por situaciones donde le han maldecido, le han insultado con frecuencia, o le han menospreciado verbalmente (le han dicho que usted no tiene ningún valor)? Sí/No
2. ¿Su madre/padre alguna vez pasó por situaciones donde fue empujado, agarrado, cacheteado, o le tiraron algo encima, o le pegaron tan fuerte que le lastimaron o le dejaron marcas en el cuerpo? Sí/No  
¿Usted vio cuando esto pasó? Sí/No
3. ¿Ha sido usted víctima de violencia (abuso físico, asalto para robarle o asalto para agredirle)? Sí/No
4. ¿Alguien le ha manoseado, tocado de forma que no es apropiada, o ha abusado sexualmente de usted? Sí/No
5. ¿Ha sentido con frecuencia que ninguno en su familia le ha querido, le ha cuidado, o se ha sentido cercano a usted? Sí/No
6. ¿Alguna vez ha pasado por situaciones donde no tuvo suficiente para comer, tuvo que vestirse con ropa sucia, o no tuvo a nadie que le protegiera? Sí/No
7. ¿Alguna vez ha vivido con alguien que es problemático cuando bebe alcohol, con un alcohólico, o con alguien que tenía un problema de adicción a las drogas? Sí/No
8. ¿Alguna vez estuvieron sus padres/encargados demasiado borrachos o drogados como para cuidar de usted? Sí/No
9. ¿Alguna vez estuvieron sus padres/encargados separados o divorciados? Sí/No
10. ¿Alguna vez hubo un miembro en su familia que estaba mentalmente enfermo, deprimido, o que se suicidó? Sí/No
11. ¿Alguna vez ha sido un miembro de su familia enviado a la cárcel/prisión o fue deportado? Sí/No
12. ¿Alguna vez ha estado sin hogar o con una familia bajo cuidado temporal (foster care)? Sí/No
13. ¿Ha tenido que mudarse de casa o cambiarse de escuelas muchas veces? Sí/No
14. ¿Se le ha muerto un amigo muy cercano o un miembro de su familia? Sí/No
15. ¿Alguna vez ha estado gravemente enfermo o lastimado? Sí/No
16. ¿Alguna vez ha estado embarazada o ha dejado a alguien embarazada? Sí/No
17. ¿Hay algo más que desea decirnos?

---

Si usted pasó por una o más de estas experiencias, nosotros podemos ayudarle. Su proveedor o un miembro del personal puede revisar estas preguntas con usted y ofrecerle el apoyo y los recursos para ayudarle. Por favor pregunte si siente que necesita más información o ayuda.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_