**Antes de cumplir 18 años:**

1. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia...**

¿Lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban, o lo humillaban?
o
¿Actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?

\_1. Si \_0. No

2. Alguno de sus padres u otros adultos en su casa **con frecuencia o con mucha frecuencia...**

¿Lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas?\_
o
¿**Alguna vez** lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo

lastimaron?\_

\_1. Si \_0. No

3. Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted **alguna vez...**

¿Lo tocó o acarició indebidamente o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?
o
¿Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?

\_1. Si \_0. No

4. Se sentia usted **con frecuencia o con mucha frecuencia** que...

¿Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?\_
o

¿En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros?\_\_

\_1. Si \_0. No

5. Se sentia usted con **frecuencia o con mucha frecuencia** que...
¿No tenía sufiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera?
o
¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al medico si es que lo necesitaba?

\_1. Si \_0. No

6. Alguna vez perdió un padre o una madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?

\_1. Si \_0. No

7. A su madre o madrastra:
Con **frecuencia o con mucha frecuencia** la empupjaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas?
o
**A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia** le pegaban, la mordían, la daban puñetazos, o la golpeaban con algun objeto duro?
o
Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaon con una pistola o un cuchillo?

\_1. Si \_0. No

8. Vivió usted con alguien que era borracho o alcoholico, o que usaba drogas?

\_1. Si \_0. No

9. Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?

\_1. Si \_0. No

10. Algún miembro de su familia fué a la carcel?

\_1. Si \_0. No

**11. Ahora sume las respuestas en que anoto “SI.”\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Esta es su Puntuación de Experiencias Infantiles Adversas (ACE)**

Notes:

Reference:

Translation was performed by ACE Response, a partnership between Prevent Child Abuse America and the University at Albany (SUNY) School of Social Welfare. Spanish translation obtained from University of Miami Center of Excellence for Health Disparities Research, El Centro Measures Library, at <https://elcentro.sonhs.miami.edu/research/measures-library/aces/index.html>