

Screeener para sa Mga Mga Salungat na Karanasan sa Pagkabata ng Bata at Makabuluhang Kaganapan sa Buhay (Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screeener) (PEARLS) – Ulat ng Tagapagbigay ng Pag-aalaga sa Teen (Teen Caregiver Report)

Kukumpletuhin ng Tagapagbigay ng Pag-aalaga

Petsa Ngayon: _____

Pangalan ng Bata: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Ang Pangalan Mo: _____ Relasyon sa Bata: _____

Maraming pamilya ang nakakaranas ng mga nakaka-stress na kaganapan sa buhay. Sa paglipas ng panahon, makakaapekto ang mga karanasang ito sa kalusugan at kabutihan ng kalagayan ng anak mo. Gusto ka naming tanungin tungkol sa anak mo para matulungan namin silang maging lusog hangga't posible.

Sa anumang punto ng panahon mula noong pinanganak ang inyong anak, nakakita ba o naroon ba ang anak niyo noong nangyari ang mga sumusunod na karanasan? Pakisama ang mga nakaraan at kasalukuyang karanasan. Pakitandaan, ang ilang tanong ay may mahigit sa isang bahaging pinaghiwalay ng "O." Kung ang anumang bahagi ng tanong ay sinagutan ng "Oo," ang sagot sa buong tanong ay "Oo."

Bahagi 1	Paki-tsekan ang "Oo" kung saan angkop.
Kailanman ba ang anak mo ay tumira kasama ng magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga na nakulong?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Sa palagay mo ba ay kailanman naramdaman ng anak mo na siya ay hindi suportado, hindi mahal at/o hindi protektado?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ang anak mo ay tumira kasama ng magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga na nagkaroon ng problema sa kalusugan ng pag-iisip? (halimbawa depresyon, schizophrenia, sakit na bipolar, PTSD, o sakit na pagkabalisa)	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay ininsulto, pinahiya o minaliit ng magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga ang anak mo?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Ang biyolohikal na magulang o sinumang tagapagbigay ng pag-aalaga ba ay kailanman, o sa kasalukuyang may problema sa masyadong alak, pangkalyeng droga o paggamit ng de-resetang gamot?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay kinulangan ang anak mo ng angkop na pag-aalaga ng sinumang tagapagbigay ng pag-aalaga (halimbawa, hindi protektado mula sa mga hindi ligtas na sitwasyon, o hindi naalagaan kapag may sakit o napinsala kahit na may mga dulugan)?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nakakita o nakarinig ang anak mo na ang magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga ay sinisigawan, minumura, iniinsulto o pinapahiya ng ibang adult? <input type="radio"/> Ang anak mo ba ay kailanman nakakita o nakarinig ng magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga na sinampal, sinipa, binugbog sa suntok o sinaktan gamit ang sandata?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
May sinumang adult sa sambahayan ang madalas o napakadalas tumulak, sumampal o may hinagis sa iyong anak? <input type="radio"/> May sinumang adult sa sambahayan na napakalakas na tinamaan ang inyong anak na ang inyong anak ay nagkamarka o napinsala? <input type="radio"/> May sinumang adult sa sambahayan ang kailanman nagbanta sa anak mo o kumilos sa paraan na naging takot ang anak mo na maaari silang saktan?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nakaranas ang anak mo ng seksuwal na pang-aabuso? Halimbawa, may sinuman bang humipo sa anak mo o nagpahipo sa anak mo sa paraan na hindi nais, o hindi naging kumportable ang anak mo, may sinuman bang nagtangka o aktuwal na nagkaroon ng sex na sa bibig, sa puwit o sa puki sa iyong anak?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nagkaroon ng makabuluhang mga pagbabago sa katayuan ng relasyon ng (mga) tagapagbigay ng pag-aalaga ng iyong anak? Halimbawa, ang magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga ay nadiborsiyo o nahawalay, o ang romantikong kapartner ay tumira o umalis?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>

Ilang "Oo" ang sinagot mo sa Bahagi 1?

Mangyaring magpatuloy sa kabilang panig para sa natitirang bahagi ng palatanungan.

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified

Bahagi 2

Paki-tsekan ang "Oo" kung saan angkop.

Kailanman ba ang anak mo ay nakakita, nakarinig o naging biktima ng karahasan sa inyong kapitbahayan, komunidad o paaralan? (halimbawa, targeted na pambu-bully, asulto o ibang marahas na pagkilos, digmaan o terorismo)	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Ang anak mo ba ay nakaranas ng diskriminasyon (halimbawa ay ginugulo o pinaramdam na maliit ito o hindi isinama dahil sa kanilang lahi, etnisidad, pinagkakakilanlang kasarian, seksuwal na oryentasyon, relihiyon, kaibahan sa kakayahang matuto, o mga kapansanan)?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ang anak mo ba ay nagkaproblema sa pabahay (halimbawa ay ang kawalan ng tirahan, walang matatag na lugar na titirhan, lumipat nang mahigit dalawang beses sa anim na buwang panahon, humarap sa pagpapa-alis sa bahay o pagka-ilit, o kinailangang tumira kasama ang maraming pamilya o miyembro ng pamilya)?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nag-alala ka na hindi sapat ang pagkain ng anak mong kakainin o ang pagkain para sa anak mo ay mauubos bago ka pa makabili?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nahibalay ang anak mo mula sa kanilang magulang o tagapagbigay ng pag-aalaga dahil sa foster na pag-aalaga o imigrasyon?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay tumira ang anak mo kasama ang magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga na may malalang pisikal na sakit o kapansanan?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay tumira ang anak mo kasama ng magulang o tagapagbigay ng pag-aalaga na namatay?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ang anak mo ay nadetina, inaresto o nakulong?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nakaranas ang anak mo ng pang-aabusong pananalita o pisikal o banta mula sa mga romantikong kapartner (halimbawa ay ang boyfriend o girlfriend)?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>

Ilang "Oo" ang sinagot mo sa Bahagi 2?

Teen (Parent/Caregiver Report) – Identified