

**Screeener para sa Mga Salungat na Karanasan sa Pagkabata ng Bata at Makabuluhang Kaganapan sa Buhay  
(Pediatric ACEs and Relevant Life Events Screeener) (PEARLS) – Sariling Ulat (Teen (Self Report))**

**Kukumpletuhin ng Pasyente**

Petsa Ngayon: \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_

Ang Pangalan Mo: \_\_\_\_\_

**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 mo. Gusto ka naming tanungin para matulungan ka naming maging kasing lusog hangga’t posible. Sa anumang punto ng panahon mula noong pinanganak ka, nakakita ka ba o naroon ka ba 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.”**

<b>Bahagi 1</b>	<b>Paki-tsekan ang “Oo” kung saan angkop.</b>
Kailanman ba ay tumira ka kasama ng magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga na nakulong?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman man ba ay naramdaman mo na hindi ka suportado, hindi mahal at/o hindi protektado?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay tumira ka 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 ka ng magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Ang biyolohikal na magulang o sinumang tagapagbigay ng pag-aalaga mo 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 ka 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 ka na ang magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga ay sinisigawan, minumura, iniinsulto o pinapahiya ng ibang adult? <input type="radio"/> Kailanman ba ay nakakita o nakarinig ka 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 iyo? <input type="radio"/> May sinumang adult sa sambahayan na napakalakas na tinamaan ka na ikaw ay nagkamarka o napinsala? <input type="radio"/> May sinumang adult sa sambahayan ang kailanman nagbanta sa iyo o kumilos sa paraan na naging takot ka na maaari kang saktan?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nakaranas ka ng seksuwal na pang-aabuso? Halimbawa, may sinuman bang humipo sa iyo o nagpahipo sa iyo sa paraan na hindi nais, o hindi ka naging kumportable, may sinuman bang nagtangka o aktuwal na nagkaroon ng sex na sa bibig, sa puwit o sa puki mo?	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 mo? Halimbawa, ang magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga ay nadiborsiyo o nahiwalay, 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 (Self Report) – Identified

**Bahagi 2**

Paki-tsekan ang "Oo" kung saan angkop.

Kailanman ba ikaw 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"/>
Ikaw 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 ikaw 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-iliit, 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 mong kakainin o ang pagkain ay mauubos bago ka pa makabili ang iyong magulang/tagapagbigay ng pag-aalaga?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nahibalay ka 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 ka 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 ka kasama ng magulang o tagapagbigay ng pag-aalaga na namatay?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nadetina, inaresto o nakulong ka?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>
Kailanman ba ay nakaranas ka 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 (Self Report) – Identified