

The Personal Wellness Center

6508 Deer Pointe Dr., Suite 4C, Salisbury, MD 21804 - P: 410-742-6016 - F: 410-742-6014

Cuestionario de Experiencia Infantil Desfavorable (CEID)

Encuentre su puntuación CEID ra hbr 10 24 06

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: _____

Mientras crecías y durante tus primeros 18 años de vida:

1. ¿Un de tus padres u otro adulto en el hogar **a menudo** te amenazaba, insultaba, humillaba o te hacia sentir inferior?

o

¿Actuar de una manera que te hizo temer que te lastimaran físicamente?

Sí / No

Si es así marque 1 _____

2. ¿Uno de tus padres u otro adulto en el hogar **a menudo** te empujaba, tironeaba, abofeteaba, o te tiraba objetos?

o

¿**Alguna vez** te golpeó tan fuerte que tuviste marcas o te lastimaste?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

3. ¿**Alguna vez** un adulto o persona al menos 5 años mayor que tu te toco o acaricio o hayas tocado su cuerpo con una connotación sexual?

o

¿Intentado o haya tenido sexo oral, anal o vaginal con usted?

Sí / No

Si es asi, marque 1 _____

4. ¿Sentiste **a menudo** que nadie en tu familia te amó o pensó que eras importante o especial?

o

¿Tu familia no se cuidó, sintieron cercanos o se apoyó?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

5. ¿Sentiste **a menudo** que no tenías suficiente para comer, tenías que usar ropa sucia y no tenías a nadie que te protegiera?

o

¿Tus padres estaban demasiado borrachos o drogados como para cuidarte o llevarte al médico si lo necesitabas?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

6. ¿Se separaron o divorciaron tus padres **alguna vez**?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

7. ¿A tu madre o madrastra **a menudo** la empujaron, jalaron, abofetearon o le arrojaron objetos?

o

¿**A veces** o **con frecuencia** la patearon, mordieron, pegaron con el puño, o golpearon con algo duro?

o

¿Alguna vez has golpeado **repetidamente** por al menos unos minutos o amenazado con una pistola o un cuchillo?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

8. ¿Vivías con alguien que era bebedor o alcohólico con problemas o que consumía drogas ilegales?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

9. ¿Algún miembro familiar estaba deprimido o mentalmente enfermo o intentó suicidarse?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

10. ¿Algún miembro familiar fue a la cárcel?

Sí / No

Si es así, marque 1 _____

Ahora suma las respuestas "SI": _____ Esta es su puntuación CEID