

EBP INTAKE ASSESSMENT PACKET

TF-CBT & MATCH-ADTC

Ages 7 & Older Spanish

Required Forms

1. Demographic Information:
Client Intake Face Sheet ☐
2. Child's Trauma History:
Trauma History Screen- Caregiver Report ☐
Trauma History Screen- Child Report ☐
3. Child's Trauma Symptoms:
CPSS IV- Caregiver Report ☐
CPSS IV- Child Report ☐
4. Child's Behavior & Functioning:
Ohio- Caregiver Report ☐
Ohio- Child Report (if Child Age 12 or older) ☐

Supplemental Assessments

(Included in Supplemental Assessment Packet)

Child Depression:

SMFQ- Caregiver Report
SMFQ- Child Report

Child Anxiety:

PROMIS-Child Report
PROMIS-Caregiver Report

Caregiver Symptoms:

CESD-R (Caregiver Depression)
PSS (Parenting Stress)
PCL-5 (Caregiver Trauma Symptoms)

Intake Facesheet

VALIDATION REQUIREMENTS AND SYMBOLS EXPLAINED

- ! This symbol means the field is one of the minimum fields that must be filled out to save the record. No data will be saved unless these fields are completed.
- * This symbol means the field is a required field in order to save the record as completed. Although you can save the record, the system does not consider the record to be completed unless ALL of these fields are completed.

Direct Service Provider User Information

Clinician First and Last Name: !

Treatment Setting: Circle only ONE	Administrative Agency-Based School Community Support CSSD	CYFSC DCF Detention/Corrections Extended Day Treatment	Group Home Hospital In-Home Outpatient Clinic	Psych Residential Treatment Facility Residential Treatment Center School-Based S-FIT	Shelter Training Only Other
---	--	---	--	---	-----------------------------------

Child Information

First Initial Child's First Name: !		First Initial Child's Last Name: !	
Date of Birth: !		Age:	
Sex: !	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> Other (specify) →	
Grade (current): *			
Race: *	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other (specify)
Hispanic Origin: *	<input type="checkbox"/> Yes, Cuban <input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano	<input type="checkbox"/> Yes, of Hispanic/Latino Origin <input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Yes, South or Central American <input type="checkbox"/> No, Not of Hispanic, Latino, or Spanish Origin
City/town:		ST:	Zip: *

Child Identification Codes

Agency-assigned Client ID Number (not PHI): !		PSDCRS Client ID Number: !	
--	--	-----------------------------------	--

Family Information

Caregiver 1 Relationship: *		Caregiver 2 Relationship:	
Preferred Language of Adult Participating in Treatment: *			
Does the adult participating in treatment speak English?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Primary Language of Child:			
Family Composition: * Select the choice that best describes the composition of the family.	<input type="checkbox"/> Two parent family <input type="checkbox"/> Single Parent with unrelated partner	<input type="checkbox"/> Single parent - biological/adoptive parent <input type="checkbox"/> Blended Family	<input type="checkbox"/> Relative/guardian <input type="checkbox"/> Other

Intake Facesheet

Living Situation of Child: * What is the child's living situation?	<input type="checkbox"/>	College Dormitory	<input type="checkbox"/>	Job Corps	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Hospital
	<input type="checkbox"/>	Crisis Residence	<input type="checkbox"/>	Medical Hospital	<input type="checkbox"/>	Residential Treatment Facility
	<input type="checkbox"/>	DCF Foster Home	<input type="checkbox"/>	Mentor	<input type="checkbox"/>	TFC Foster Home (privately licensed)
	<input type="checkbox"/>	Group Home	<input type="checkbox"/>	Military Housing	<input type="checkbox"/>	Transitional Housing
	<input type="checkbox"/>	Homeless/Shelter	<input type="checkbox"/>	Other (specify):		
	<input type="checkbox"/>	Jail/Correctional Facility	<input type="checkbox"/>	Private Residence		
System Involvement						
Child/Family involved with DCF? *		<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	
If child / family is involved with DCF, please complete ALL of the following questions:						
DCF Case ID: (if available)				DCF Person Link ID: (if available)		
DCF Status:	<input type="checkbox"/>	Child Protective Services – In-Home	<input type="checkbox"/>	Family with Service Needs – (FWSN) In-Home	<input type="checkbox"/>	Not DCF – On Probation
	<input type="checkbox"/>	Child Protective Services – Out of Home	<input type="checkbox"/>	Family with Service Needs (FWSN) Out of Home	<input type="checkbox"/>	Not DCF – Other Court Involved
	<input type="checkbox"/>	Dual Commitment (JJ and Child Protective Services)	<input type="checkbox"/>	Juvenile Justice (delinquency) commitment	<input type="checkbox"/>	Termination of Parental Rights
	<input type="checkbox"/>	Family Assessment Response	<input type="checkbox"/>	Not DCF	<input type="checkbox"/>	Voluntary Services Program
DCF Regional Office:						
Youth involved with Juvenile Justice (JJ) System? *		<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	
If youth is involved with JJ, please complete ALL of the following questions:						
CSSD Client ID: (if available)				CSSD Case ID: (if available)		
CSSD Case Type:			<input type="checkbox"/>	Delinquency	<input type="checkbox"/>	Family with Service Needs (Status Offense)
CSSD Case Status:	<input type="checkbox"/>	Administrative Supervision	<input type="checkbox"/>	Juvenile probation	<input type="checkbox"/>	Restore Probation
	<input type="checkbox"/>	Extended Probation	<input type="checkbox"/>	Non-Judicial FWSN Family Service Agreement	<input type="checkbox"/>	Suspended Order
	<input type="checkbox"/>	Interim Orders	<input type="checkbox"/>	Non-Judicial Supervision (NJS)	<input type="checkbox"/>	Waived PDS - Probation
	<input type="checkbox"/>	Judicial FWSN Supervision	<input type="checkbox"/>	Non-Judicial Supervision Agreement	<input type="checkbox"/>	
Court District:						
Court Handling Decision:			<input type="checkbox"/>	Judicial	<input type="checkbox"/>	Non-Judicial
Specific Treatment Information						
What treatment model are you using with this child? *			<input type="checkbox"/>	TF-CBT	<input type="checkbox"/>	MATCH-ADTC
First Clinical Session Date: * Date of first EBP clinical session						

Intake Facesheet

Treatment Information						
Agency Referral Date/Request for Service: * Date child was referred to agency			Agency Intake Date: * What is the intake date for the client at the agency?			
Referral Date: * Date referred for EBP services	Intake Date: ! EBP Intake Date					
Referral Source: * Select the source of the EBP referral	<input type="checkbox"/>	Child Youth-Family Support Center (CYFSC)	<input type="checkbox"/>	Family Advocate	<input type="checkbox"/>	Physician
	<input type="checkbox"/>	Community Natural Support	<input type="checkbox"/>	Foster Parent	<input type="checkbox"/>	Police
	<input type="checkbox"/>	Congregate Care Facility	<input type="checkbox"/>	Info-Line (211)	<input type="checkbox"/>	Probation/Court
	<input type="checkbox"/>	CTBHP/Insurer	<input type="checkbox"/>	Juvenile Probation / Court	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Hospital
	<input type="checkbox"/>	DCF	<input type="checkbox"/>	Other Community Provider Agency	<input type="checkbox"/>	School
	<input type="checkbox"/>	Detention Involved	<input type="checkbox"/>	Other Program within Agency	<input type="checkbox"/>	Self/Family
	<input type="checkbox"/>	Emergency Department	<input type="checkbox"/>	Other State Agency		
Assessment Outcome: What was the outcome of the referral to the agency's EBP team? *	<input type="checkbox"/>	Assessment not completed	<input type="checkbox"/>	Not appropriate for selected EBP	<input type="checkbox"/>	No treatment needed
	<input type="checkbox"/>	Appropriate for selected EBP	<input type="checkbox"/>	Not appropriate for selected EBP but needs other treatment		
CGI: Considering your experience, how severe are the child's emotional, behavioral, and/or cognitive concerns at the time of Intake? Circle only ONE:* Normal Slightly Severe Mildly Severe Moderately Severe Markedly Severe Very Severe Among the most severe symptoms that any child may experience						
Treatment Information: School						
During the 3 months prior to the start of EBP treatment...						
Child's school attendance: *	<input type="checkbox"/>	Good (few or no days missed)	<input type="checkbox"/>	No School Attendance: Child Too Young for School	<input type="checkbox"/>	No School Attendance: Other
	<input type="checkbox"/>	Fair (several days missed)	<input type="checkbox"/>	No School Attendance: Child Suspended/Expelled from School		
	<input type="checkbox"/>	Poor (many days missed)	<input type="checkbox"/>	No School Attendance: Child Dropped Out of School		
Suspended or expelled: *			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
IEP: * Does the child have an Individual Education Plan (special education)?			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Treatment Information: Legal						
During the 3 months prior to the start of EBP treatment...						
Arrested: * Has the child been arrested since start of treatment?			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Detained or incarcerated: * Has the child been detained or incarcerated since start of treatment?			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Treatment Information: Medical						
During the 3 months prior to the start of EBP treatment...						
Alcohol and/or drugs problems: *			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Evaluated in ER/ED for psychiatric issues: *			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
Certified medically complex: *			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

Evaluación del Historial de Trauma (THS) (Caregiver: Spanish)

Instrucciones: Pregunte cuántas veces cada una de las siguientes situaciones le sucedió a su hijo/a. Después cuánto le afectó al niño/a esa situación en ese momento y cuánto le está afectando ahora.		¿Cuántas veces esto pasa?					¿Cuánto le afectó a el/ella la peor vez que esto sucedió?					¿Cuánto le molesta esta situación su hijo/a ahora?				
		Nunca	Una vez	2-3 veces	4-10 veces	10+ veces	Nada	Muy Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente	Nada	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
	“¿Alguna vez su niño/a.....”															
1	Ha visto o ha estado envuelto en un accidente muy serio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Ha tenido algún conocido gravemente herido o enfermo al bordo de la muerte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Ha conocido a alguien que haya muerto?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Ha estado tan gravemente enfermo/a que el médico o usted llegó a pensar que iba a morir?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Ha sido separado inesperadamente de las personas de quienes depende para recibir afecto y seguridad por varios días?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Ha tenido a alguien cercano que ha tratado de hacerse daño o suicidarse?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Ha sido amenazado de ó recibido algún daño físico?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Ha sido victima de robo ó ha presenciado un robo?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Ha sido secuestrado por alguien?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Ha visto o estado en un tornado, terremoto, huracán ó un incendio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Ha sido atacado por un perro ó algún otro animal?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Ha visto o escuchado gente peleando físicamente o amenazándose con hacerse daño?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Ha visto ó escuchado a alguien disparar un arma de fuego, usar un puñal, ó usar otra arma?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Ha visto a un miembro de la familia ser arrestado ó en la cárcel?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Ha vivido algún periodo de su vida cuando no ha recibido cuidados básicos apropiados? (comida, ropa ó un lugar para vivir)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Ha sido forzado a ver ó a hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Ha visto, oído a otra persona ser forzado a hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Ha visto gente usando drogas? (fumando, oliendo o inyectándose)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Ha presenciado alguna situación amenazante donde el/ella pensó que alguien podría resultar herido ó muerto? Describe _____						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

20. ¿Cuál de las situaciones anteriores le causa mayor molestia AHORA? #_____ ¿Hace cuánto tiempo ocurrió? _____

Lang, J.M., & Franks, R. (2007). Adapted from the TESI (Ford & Rogers, 1997) and the THQ (Stover et al., 2007)

Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

Evaluación del Historial de Trauma (THS) (Child: Spanish)

Instrucciones: Pregunte cuántas veces sucedió cada una de las siguientes situaciones. Después pregúntele al niño/a cuánto le afectó esa situación en ese momento y cuánto le está afectando ahora.		¿Cuántas veces te ha pasado esto?					La peor vez que esto sucedió, ¿cuánto te afectó?					¿Cuánto te afecta esto aún?				
	“¿Alguna vez”	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-10 veces	10+ veces	Nada	Muy Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente	Nada	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1	Has visto o has estado envuelto en un accidente muy serio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Has tenido algún conocido gravemente herido o enfermo al bordo de la muerte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Has conocido a alguien que haya muerto?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Has estado tan gravemente enfermo/a que el médico o tú mismo pensaste que ibas a morir?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Has sido separado inesperadamente de las personas de quienes dependes para recibir afecto y seguridad por varios días?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Has tenido a alguien cercano que ha tratado de hacerse daño o suicidarse?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Has sido amenazado de ó recibido algún daño físico?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Has sido víctima de robo ó has visto presenciado un robo?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Alguien ha tratado de secuestrarte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Has visto o estado en un tornado, terremoto, huracán ó incendio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Has sido atacado por un perro ó algún otro animal?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Has visto o escuchado personas peleando físicamente o amenazándose de hacerse daño?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Has visto ó escuchado a alguien disparar un arma de fuego, usar un puñal, ó usar otra arma?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Has visto a un miembro de la familia ser arrestado ó has visto a algún familiar en la cárcel?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Has vivido algún periodo de tu vida cuando no has recibido cuidados básicos apropiados? (comida, ropa ó lugar para vivir)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Has sido forzado a ver ó hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Has visto, oído a otra persona ser forzado a hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Has visto gente usando drogas? (fumando, oliendo o inyectándose)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Has presenciado alguna otra situación amenazante o algo que te hizo pensar que alguien podría resultar herido ó muerto? Describe _____						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

20. ¿Cuál de las anteriores situaciones te molesta más ahora: _____ Hace cuánto sucedió esto: _____

Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

Client Initials: _____ Client ID: _____ Date of Completion: ____/____/____

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS IV) (Caregiver: Spanish)

Estas preguntas se refieren a cómo su niño/a puede sentirse acerca de esa situación(es) que mencionó previamente. De 0 a 3 escoja el número que mejor describe la frecuencia con que estos problemas han molestado a su niño/a **DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.**

0	1	2	3
Por nada	Una vez a la semana o menos/ un poco	2- 3 veces a la semana/ Algo	4 - 5 veces a la semana/ Mucho

1.	Su hijo/a ha tenido, sin querer, pensamientos o imágenes molestas sobre el evento.	0	1	2	3
2.	Su hijo/a ha tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3.	Su hijo/a ha actuado o ha sentido como si el evento estuviera pasando de nuevo.	0	1	2	3
4.	Su hijo/a se ha sentido mal cuando piensa o escucha algo sobre el evento (por ejemplo: sintiéndose asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5.	Su hijo/a ha tenido sensaciones en su cuerpo cuando piensa o escucha algo acerca del evento (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6.	Su hijo/a ha tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del evento.	0	1	2	3
7.	Su hijo/a ha tratado de evadir actividades, personas, o lugares que le hacen recordar el evento.	0	1	2	3
8.	Su hijo/a ha tenido dificultad en recordar una parte importante del evento.	0	1	2	3
9.	Su hijo/a ha tenido mucho menos interés o no a hecho las cosas que acostumbraba hacer.	0	1	2	3
10.	Su hijo/a ha tenido dificultad en sentirse cercano a las personas que están a su alrededor.	0	1	2	3
11.	Su hijo/a ha tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (no poder llorar o sentirse muy feliz).	0	1	2	3
12.	Su hijo/a se ha sentido como si sus planes del futuro o sus esperanzas no se harán realidad (Por ejemplo no obtener un trabajo, no estar casado, o tener niños).	0	1	2	3
13.	Su hijo/a ha tenido dificultad en quedarse o mantenerse dormido(a).	0	1	2	3
14.	Su hijo/a se ha sentido irritable o a tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15.	Su hijo/a ha tenido dificultad en concentrarse (por ejemplo, se le olvida de lo que se trata algún programa de televisión, olvida lo que ha leído, o no presta atención en clase).	0	1	2	3
16.	Su hijo/a ha estado demasiado cuidadoso/a y atento/a (por ejemplo, mirando quien y que está a su alrededor)	0	1	2	3
17.	Su hijo/a se ha asustado fácilmente ó se ha sorprendido/a fácilmente (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de él o ella.)	0	1	2	3

Adapted from Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C., & Treadwell, K.R.H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).

Escala de Respuesta

0

Por nada

1

Una vez a la
semana o menos/
Un poco

2

2-3 veces a
la semana/
Algo

3

4-5 veces a la
semana/
Mucho

The Child PTSD Symptom Scale (CPSSIV) (Child: Spanish)

Las siguientes preguntas se refieren a cómo te puedes sentir acerca de esas cosas que me contaste previamente que te han afectado. De 0 a 3 escoge el número que mejor describe la frecuencia con que estos problemas te han molestado **DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.**

0	1	2	3
Por nada	Una vez a la semana o menos /un poco	2- 3 veces a la semana/ Algo	4 - 5 veces a la semana/ Mucho

1.	Has tenido pensamientos o imágenes molestos sobre el trauma aunque tu no querías pensar en eso.	0	1	2	3
2.	Has tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3.	Has actuado o has sentido como si el trauma estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del trauma y te has sentido como si el trauma estuviera pasando otra vez).	0	1	2	3
4.	Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el trauma (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5.	Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del trauma (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6.	Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del trauma.	0	1	2	3
7.	Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático	0	1	2	3
8.	Has tenido dificultad en recordar una parte importante del trauma.	0	1	2	3
9.	Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	0	1	2	3
10.	Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	0	1	2	3
11.	Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	0	1	2	3
12.	Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no te graduarás de la escuela, no tendrás un trabajo, o no te casarás o no tendrás hijos(as)).	0	1	2	3
13.	Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	0	1	2	3
14.	Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15.	Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algún programa de la televisión, olvidándote de lo que leíste, o no prestando atención en la clase).	0	1	2	3
16.	Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de tí).	0	1	2	3
17.	Te has asustado o te has sorprendido fácilmente.	0	1	2	3

Escala de Respuesta

0

Por nada

1

Una vez a la
semana o menos/
Un poco

2

2-3 veces a
la semana/
Algo

3

4-5 veces a la
semana/
Mucho

P



Ohio Mental Health Consumer Outcomes System

Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Caregiver: Spanish)

Parent Rating – Short Form

Instrucciones: Indique la frecuencia con que su hijo/a ha tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días:						
	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discute con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Se mete en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Grita o insulta a los demás, dice malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Tiene ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Se rehusa a hacer lo que le dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causa problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Usa drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumple con las reglas o la ley (llega después de hora, roba)	0	1	2	3	4	5
9. Falta a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Miente	0	1	2	3	4	5
11. No se puede estar quieto/a, tiene demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Se hace daño (se corta o se raspa, toma píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Habla o piensa sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Piensa que no vale nada o que no sirve para nada	0	1	2	3	4	5
15. Se siente solo/a y no tiene amigos/as	0	1	2	3	4	5
16. Se siente ansioso/a o temeroso/a	0	1	2	3	4	5
17. Le preocupa de que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Se siente triste o deprimido/a	0	1	2	3	4	5
19. Tiene pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Tiene problemas para comer	0	1	2	3	4	5

(Sume las calificaciones) Total _____

Escala de Respuesta OHIO

Determinación de Problemas

0

Nunca

1

Uno o dos
veces

2

Varias
veces

3

Con
frecuencia

4

Casi
siempre

5

Todo el
tiempo

Client Initials: _____ Client ID: _____ Date of Completion: ____/____/____

Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Caregiver: Spanish)

Parent Rating – Short Form continued

Instrucciones: Por favor califique el grado en que los problemas de su hijo/a afectan su capacidad actual en las actividades diarias. Considere el nivel actual de desempeño de su hijo/a.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	Le va muy bien
1. Se lleva bien con los amigos/as	0	1	2	3	4
2. Se lleva bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Sale y/o entabla relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Se lleva bien con personas adultas fuera de la familia (maestros/as, director /a de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Esta pulcro/ordenado y limpio, luce bien	0	1	2	3	4
6. Cuida su salud y tiene buenos hábitos al respecto (toma sus medicamentos, se cepilla los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controla sus emociones y evita problemas	0	1	2	3	4
8. Se siente motivado y termina sus proyectos	0	1	2	3	4
9. Participa en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participa en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Cumple con sus obligaciones en casa (limpiar su cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asiste a la escuela y aprueba las materias	0	1	2	3	4
13. Aprende tareas que le serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Se siente bien consigo mismo/a	0	1	2	3	4
15. Piensa con claridad y toma decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Se concentra, presta atención y hace sus tareas	0	1	2	3	4
17. Gana dinero y aprende a usarlo con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hace cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Acepta responsabilidad por sus acciones	0	1	2	3	4
20. Tiene capacidad para expresar sus sentimientos	0	1	2	3	4

Escala de Respuesta OHIO

Desempeño en Jóvenes

0

Problemas
extremos

1

Bastantes
problemas

2

Algunos
problemas

3

Le va bien

4

Le va
muy bien



Sistema para Evaluar Estados de Salud Mental del Consumidor en Ohio. Determinación de Problemas y Desempeño en Jóvenes.

Evaluación Proveniente del Joven-Formulario Corto (Edades entre 12 y 18 años)

Y

Instrucciones: Indica la frecuencia con que has tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días:	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discutir con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Meterse en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Gritar o insultar a los demás, usar malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Rehuser hacer lo que dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causar problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Consumir drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumplir con las reglas o la ley (llegar atrasado, robar)	0	1	2	3	4	5
9. Faltar a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Mentir	0	1	2	3	4	5
11. No poder estar quieto, tener demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Lastimarse o hacerse daño (me corto o me raspo, tomo píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Hablar o pensar sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Pensar que no vales nada o no sirves para nada	0	1	2	3	4	5
15. Te sientes solo y no tienes amigos	0	1	2	3	4	5
16. Te sientes inquieto o temeroso	0	1	2	3	4	5
17. Te preocupa que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Te sientes triste o deprimido	0	1	2	3	4	5
19. Tienes pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Problemas para comer	0	1	2	3	4	5

Total _____

Escala de Respuesta OHIO

Determinación de Problemas

0	1	2	3	4	5
Nunca	Uno o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo

Sistema para Evaluar Estados de Salud Mental del Consumidor en Ohio.
Determinación de Problemas y Desempeño en Jóvenes.
 Evaluación Proveniente del Joven–Formulario Corto (Edades entre 12 y 18 años) continuo

Instrucciones: Por favor califica el grado en que tus problemas afectan tu actual capacidad para realizar actividades diarias. Lee cada punto y marca con un círculo el número que mejor describe tu situación actual.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Me va bien	Me va muy bien
1. Llevarme bien con mis amigos	0	1	2	3	4
2. Llevarme bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Salir o entablar relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Llevarme bien con los adultos fuera de la familia (maestros, director de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Estar pulcro y limpio, lucir bien	0	1	2	3	4
6. Cuidar mi salud y tener hábitos saludables (tomar medicamentos, cepillarme los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controlar las emociones y evitar problemas	0	1	2	3	4
8. Sentirme motivado y terminar los proyectos	0	1	2	3	4
9. Participar en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participar en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Hacer tareas en la casa (limpiar mi cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asistir a la escuela y aprobar las materias	0	1	2	3	4
13. Aprender habilidades que me serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Sentirme bien sobre mí mismo	0	1	2	3	4
15. Pensar con claridad y tomar decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Concentrarme, prestar atención y terminar las tareas	0	1	2	3	4
17. Ganar dinero y aprender a usarlo con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hacer cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Aceptar responsabilidad por mis acciones	0	1	2	3	4
20. Capacidad de expresar sentimientos	0	1	2	3	4

Total _____

Escala de Respuesta OHIO

Desempeño en Jóvenes

0	1	2	3	4
Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	Le va muy bien