

EBP ASSESSMENT PACKET

ARC

Ages 7 Years & 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 V- Caregiver Report ☐
CPSS V- Child Report ☐
4. Child's Behavior & Functioning:
OHIO- Caregiver Report ☐
OHIO- Child Report(if child age 12 or older) ☐
5. Caregiver Symptoms:
CESD-R Caregiver Depression ☐
6. Parental Capacity:
Parental Stress Scale ☐
7. ARC Monthly Session form ☐
8. Discharge Face Sheet ☐

Supplemental Assessments

Child Depression:
SMFQ- Child Report
SMFQ- Caregiver Report

Caregiver Symptoms:
PCL-5 (Caregiver Trauma Symptoms)

CAGE-AID (Substance Abuse)

OHIO Satisfaction Questionnaire

Note: The recommended ongoing assessment for ARC is an age appropriate measure of caregiver symptoms. We suggest the *CESDR* or *Parental Stress Scale*. Alternate or additional measures can be used based on clinical judgment of primary symptom area targeted by treatment.

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: !		Sub-Team (CBITS/BB Only):	
Provider Name: !		Site Name: !	

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"/>	CBITS	<input type="checkbox"/>	Bounce Back	
		<input type="checkbox"/>	ARC	<input type="checkbox"/>	CPP	
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						
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		
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		
EBP Intake Date: !						
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	2	3	4	5
Nunca	Muy Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente

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

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

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

CPSS – V Caregiver Report (Spanish)

Yo leeré cada frase/punto. Usted me dirá el número que mejor describa la frecuencia con la que, lo que está detallado en cada frase/punto, le ha causado molestias a su niño(a) **EN EL MES PASADO**.

0	1	2	3	4				
Para nada	Una vez por semana o menos/un poco	2 a 3 veces por semana/Algo	4 a 5 veces a la semana/Mucho	6 o más veces por semana/casi siempre				
1.	¿Su niño(a) tuvo pensamientos o imágenes relacionados con la experiencia/evento que le vinieron a la mente aun cuando él/ella no lo quisiera?			0	1	2	3	4
2.	¿Su niño(a) tuvo malos sueños o pesadillas?			0	1	2	3	4
3.	¿Su niño(a) actuó o sintió como si la experiencia/evento estuviese ocurriendo nuevamente (por ejemplo, cuando vió o escuchó algo relacionado con el evento, sintió como si estuviera allí nuevamente)?			0	1	2	3	4
4.	¿Su niño(a) se sintió perturbado(a)/incómodo(a) cuando se le recordó acerca de lo que pasó (por ejemplo, se sintió asustado(a), enojado(a), triste, culpable, confundido(a))?			0	1	2	3	4
5.	¿Su niño(a) tuvo sensaciones en el cuerpo cuando se le recordó acerca de lo que pasó (por ejemplo, comenzó a sudar repentinamente, se le aceleraron los latidos del corazón)?			0	1	2	3	4
6.	¿Su niño(a) trató de no pensar, hablar, o tener sentimientos relacionados con la experiencia?			0	1	2	3	4
7.	¿Su niño(a) trató de evitar actividades, personas o lugares que le recordaran lo que pasó?			0	1	2	3	4
8.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para recordar una parte importante de la experiencia?			0	1	2	3	4
9.	¿Su niño(a) tuvo pensamientos negativos acerca de sí mismo(a), otras personas o acerca del mundo (por ejemplo, “no puedo hacer nada bien”, “todas las personas son malas”, “el mundo es un lugar peligroso”)?			0	1	2	3	4
10.	¿Su niño(a) sintió que lo que pasó fue su culpa (por ejemplo, “debería haberlo sabido mejor”, “no debería haber hecho eso”)?			0	1	2	3	4
11.	¿Su niño(a) tuvo fuertes/intensos sentimientos incómodos/perturbadores (como miedo, enojo, culpa o vergüenza, etc.)?			0	1	2	3	4
12.	¿Su niño(a) tuvo mucho menos interés en hacer cosas que antes le gustaban?			0	1	2	3	4
13.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para sentirse cercano(a) a las personas? ¿Su niño(a) sintió como si no quisiera estar alrededor de otras personas?			0	1	2	3	4
14.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para experimentar/tener sentimientos positivos (como felicidad o amor)?			0	1	2	3	4
15.	¿Su niño(a) se enojó fácilmente (por ejemplo, gritó, pegó a otras personas, aventó/tiró cosas)?			0	1	2	3	4
16.	¿Su niño(a) hizo algo para tratar de lastimarse (por ejemplo, usó drogas o se escapó de la casa)?			0	1	2	3	4
17.	¿Su niño(a) estuvo actuando de manera extremadamente cuidadosa o precavida (por ejemplo, estuvo constantemente atento o revisando quién o qué estaba cerca de él/ella)?			0	1	2	3	4
18.	¿Su niño(a) estuvo nervioso(a) o se sobresaltó fácilmente (por ejemplo, cuando alguien caminó detrás de él/ella, cuando él/ella escuchó un sonido fuerte)?			0	1	2	3	4
19.	¿Su niño(a) tuvo problemas para concentrarse (por ejemplo, perdió el hilo de una historia en la televisión, olvidó lo que leyó, no pudo prestar atención en la clase)?			0	1	2	3	4
20.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para dormirse o dormir toda la noche?			0	1	2	3	4
Adapted from Foa, E.B.; Johnson, K.M., & Treadwell, K.R.H. The Child PTSD Symptom Scale for DSM 5 (2014)								

Child PTSD Symptom Scale

0

Para
nada/En lo
absoluto

1

Una vez por
semana o
menos/un
poco

2

2 a 3 veces
por
semana/de
vez en cuando

3

4 a 5 veces a
la semana/a
menudo

4

6 o más veces
por
semana/casi
siempre

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

CPSS – V Child (Spanish)

Las siguientes preguntas se refieren a cómo te sientes acerca de esas cosas que me contaste previamente que te causan miedo, rabia o tristeza. Escoge el número (0-4) que mejor describe la frecuencia con que estos problemas te han molestado **EN EL MES PASADO**

0	1	2	3	4
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	6 o mas veces a la semana / casi siempre
1.	Tienes pensamientos o imágenes sobre esa situación que llegan a tu mente aunque no quisieras pensar en eso.			
	0	1	2	3 4
2.	Tienes sueños malos o pesadillas.			
	0	1	2	3 4
3.	Has actuado o sentido como si esa situación estuviera pasando de nuevo (has escuchado o visto y has sentido como si tú estuvieras otra vez pasando por la misma situación).			
	0	1	2	3 4
4.	Te sientes molesto/a cuando recuerdas lo que sucedió (por ejemplo sientes miedo, rabia, tristeza, culpa, confusión).			
	0	1	2	3 4
5.	Tienes sensaciones en tu cuerpo cuando recuerdas lo que sucedió (por ejemplo, sudor, tu corazón palpitando rápido, dolor de estómago o de cabeza).			
	0	1	2	3 4
6.	Tratas de no pensar sobre eso o de tener sentimientos acerca del tema.			
	0	1	2	3 4
7.	Tratas de evitar cualquier cosa que te recuerda lo que sucedió (personas, lugares, conversaciones sobre lo que sucedió).			
	0	1	2	3 4
8.	No puedes recordar una parte importante de lo que sucedió.			
	0	1	2	3 4
9.	Tienes malos pensamientos acerca de ti mismo/a, o acerca de otras personas, o acerca del mundo (por ejemplo, "Yo no puedo hacer nada bien", "Todas las personas son malas", "El mundo es un lugar peligroso").			
	0	1	2	3 4
10.	Te culpas a ti mismo/a por lo que sucedió (por ejemplo, "Yo debería saber mejor", "no debería haber hecho eso", "me lo merecía").			
	0	1	2	3 4
11.	Tienes sentimientos malos o negativos de manera fuerte (como temor, rabia, culpa o vergüenza).			
	0	1	2	3 4
12.	Tienes mucho menos interés en hacer cosas que antes hacías.			
	0	1	2	3 4
13.	No te sientes cercano/a a las personas a tu alrededor como tus amigos/as o familia, o no quieres estar alrededor de ellos/as.			
	0	1	2	3 4
14.	Te es difícil tener sentimientos buenos o positivos (como felicidad o amor) o tener cualquier sentimiento en absoluto.			
	0	1	2	3 4
15.	Te enojas con facilidad (por ejemplo, gritas, golpeas a otras personas, tiras cosas).			
	0	1	2	3 4
16.	Haces cosas que te pueden hacer daño (por ejemplo, utilizas drogas, tomas alcohol, huir de la casa, cortarte a ti mismo/a).			
	0	1	2	3 4
17.	Has estado demasiado cuidadoso/a o atento/a a situaciones de peligro, (por ejemplo, mirando quién y qué está a tu alrededor).			
	0	1	2	3 4
18.	Estás nervioso/a o asustado/a fácilmente (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de ti, cuando escuchas un ruido fuerte).			
	0	1	2	3 4
19.	Tienes dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algún programa de televisión, te olvidas de lo que leíste, o no prestas atención en clase).			
	0	1	2	3 4
20.	Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido/a.			
	0	1	2	3 4

CPSS – 5 Escala de Respuesta

0	1	2	3	4
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	6 o más veces a la semana/ Casi siempre

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	1	2	3	4	5
Nunca	Uno o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	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	1	2	3	4
Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	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

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised (CESD-R) (Caregiver: Spanish)

<i>Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada:</i>	Durante la Última Semana				Casi todos los días por las últimas 2 semanas
	Nunca o menos que 1 día	1-2 días	3-4 días	5 -7 días	
No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	0	1	2	3	4
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza	0	1	2	3	4
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3	4
Me sentía deprimida/o	0	1	2	3	4
Mi sueño era inquieto.	0	1	2	3	4
Me sentí triste.	0	1	2	3	4
No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3	4
Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
Sentí que era una persona mala	0	1	2	3	4
Perdí el interés en actividades habituales	0	1	2	3	4
Dormí mas de lo usual	0	1	2	3	4
Sentí que me estaba moviendo muy despacio	0	1	2	3	4
Me sentí inquieta/o	0	1	2	3	4
Quise morirme	0	1	2	3	4
Quise hacerme daño a mi misma/o	0	1	2	3	4
Me sentí cansada/o todo el tiempo	0	1	2	3	4
No me gusté a mi misma/o	0	1	2	3	4
Perdí mucho peso sin intentarlo.	0	1	2	3	4
Tuve muchos problemas para dormir	0	1	2	3	4
No me pude concentrar en las cosas importantes	0	1	2	3	4

Reference: Eaton, W. W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., Tien, A. (2004). Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Review and revisión (CESD and CESD-R). In ME Maruish (Ed). The Use of Psychosocial Testing for Treatment Planning and Outcomes Assesment (3rd Ed.) Volume 3: Instruments for Adults, pp. 363-377. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Escala de Respuesta

0	1	2	3	4
Nunca o menos que 1 día	Alguna o poca vez	Ocasionalmente o una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Casi todos los días por las últimas 2 semanas
	1-2 días	3-4 días	5-7 días	

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

Parental Stress Scale (Caregiver: Spanish)

Las siguientes afirmaciones describen sentimientos y percepciones acerca de la experiencia de ser padre. Piense en cada uno de los artículos en términos de cómo es típicamente su relación con su niño o niños. Por favor, indique el grado en el que está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes elementos, colocando el número apropiado en el espacio proporcionado.

1 = Muy en desacuerdo	2 = Desacuerdo	3 = Indeciso	4 = De acuerdo	5 = Muy de acuerdo
-----------------------	----------------	--------------	----------------	--------------------

Indice		
	1.	Me siento feliz siendo padre/madre.
	2.	No hay nada o casi nada que no haría por mi hijo/a si fuera necesario.
	3.	Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo.
	4.	A veces me preocupa si estoy haciendo lo suficiente para mi hijo/a.
	5.	Me siento cerca de mi hijo/a.
	6.	Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a.
	7.	Mi hijo/a es una fuente importante de afecto para mí.
	8.	Tener un hijo/a me da una visión más segura y optimista para el futuro.
	9.	La causa mayor de estrés en mi vida es mi hijo/a.
	10.	Tener un/a hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida.
	11.	Tener un hijo/a ha sido una carga financiera.
	12.	Me resulta difícil balancear diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a.
	13.	El comportamiento de mi hijo/a es a menudo embarazoso o estresante para mí.
	14.	Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un/a hijo/a.
	15.	Me siento inundado/a por la responsabilidad de ser padre/madre.
	16.	Tener un/a hijo/a ha significado tener muy pocas opciones y poco control sobre mi vida.
	17.	Me siento satisfecho/a como padre/madre.
	18.	Encuentro a mi hijo/a agradable.

Scoring

To compute the parental stress score, items 1, 2, 5, 6, 7, 8, 17, and 18 should be reverse scored as follows: (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). The item scores are then summed.

Escala de Respuesta para el Estrés de los Padres

1	2	3	4	5
Mu en desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

ARC Monthly Session Form

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.

Data Entry Person: Greyed-out fields are pulled in from the completed Client Face Sheet-Intake, so you won't have to enter them again here

Direct Service Provider User Information

Clinician User ID:			
Clinician First Name:		Clinician Last Name:	
Organization Name:		Site Name:	

Child Information

First Initial of First Name:		First Initial of Last Name:		Date of Birth:	
------------------------------	--	-----------------------------	--	----------------	--

Child Identification Codes

Agency-assigned Client ID Number (not PHI):		PSDCRS Client ID Number:	
CSSD Client ID Number:		CSSD Case Number:	
DCF Case ID:		DCF Person Link ID:	

Session Information

Total Number of Visits this month:		Total Number of No-Show Appointments this month:		Total Number of Visits this month conducted via telehealth:	
% of the total time spent with the child ONLY during this month:		The total time spent for these three % questions should equal 100%			
% of the total time spent with the caregiver ONLY during this month:		The total time spent for these three % questions should equal 100%			
% of the total time spent with the child and caregiver TOGETHER during this month:		The total time spent for these three % questions should equal 100%			

Please check all of the ARC components used this month:						
Integrative/Foundational Strategies						
<input type="checkbox"/>	Routines and Rituals	<input type="checkbox"/>	Psychoeducation			
Attachment Domain						
<input type="checkbox"/>	Caregiver Affect Management	<input type="checkbox"/>	Attunement	<input type="checkbox"/>	Effective Behavioral Response	
Self-Regulation Domain						
<input type="checkbox"/>	Identification	<input type="checkbox"/>	Modulation	<input type="checkbox"/>	Expression/Relational Connection	
Competency Domain						
<input type="checkbox"/>	Executive Functions	<input type="checkbox"/>	Self-Development & Identity			
Trauma Experience Identification						
<input type="checkbox"/>	Caregiver	<input type="checkbox"/>	Child			
Collaboration						
During this month, did you communicate with the child's:	<input type="checkbox"/>	DCF Worker	<input type="checkbox"/>	Probation officer	<input type="checkbox"/>	Physician
	<input type="checkbox"/>	School	<input type="checkbox"/>	Other		
Collaboration Notes:						
Functioning						
Compared to the child's condition at the start of ARC, this child's condition is:	<input type="checkbox"/>	Very much improved since the initiation of treatment	<input type="checkbox"/>	Much Improved	<input type="checkbox"/>	Minimally improved
	<input type="checkbox"/>	No change from baseline (the initiation of treatment)	<input type="checkbox"/>	Minimally worse	<input type="checkbox"/>	Much Worse
	<input type="checkbox"/>	Very much worse since the initiation of treatment				
Session Fidelity Checklist						
Session Structure						
Prior to how many sessions this month did you prepare materials or a session plan?	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		
During how many sessions this month was homework assigned or reviewed?	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		
During how many sessions this month were COWS saved for the end of the session?	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		
During how many sessions this month did the child and/or caregiver practice/demonstrate skill(s) in session (behavior rehearsal)?	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		

Discharge Facesheet

! 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.

Data Entry Person: Greyed-out fields are pulled in from the completed Client Face Sheet-Intake, so you won't have to enter them again here

Direct Service Provider User Information

Clinician First Name: !

Clinician Last Name: !

Child Information

Child First Initial: !

Child Last Initial :!

Child Identification Codes

Which EBP?

☐

ARC

☐

CBITS

☐

Bounce Back

☐

CPP

Discharge Information

Discharge Date: * ____/____/____

CGI:
Considering your
experience, how severe are
the child's emotional,
behavioral, and/or cognitive
concerns at the time of
discharge?
(Circle only one):*

Normal
Slightly severe
Mildly severe
Moderately severe
Markedly severe
Very severe
Among the most severe symptoms
that any child may experience

CGI:
Compared to the
child's condition at
intake, this child's
condition is ____
(circle one): *

Very much improved
Much improved
Minimally improved
No change
Minimally worse
Much worse
Very much worse

Discharge Reason: *

☐

Successfully completed selected
EBP Model requirements-no
more treatment needed

☐

Referred for other EBP
(outpatient) within agency

☐

Family moved out of area

☐

Successfully completed selected
EBP Model requirements-
continue with other treatment

☐

Referred for other non-EBP
(outpatient) within agency

☐

Referred to other agency
(outpatient)

☐

Family discontinued treatment

☐

Referred to higher level of care

☐

Assessment Only-no treatment
needed

Other (specify):

System Involvement

Child/Family involved with DCF? *

☐

Yes

☐

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:
DCF Regional Office:

☐

Child Protective Services – In-
Home

☐

Family with Service Needs –
(FWSN) In-Home

☐

Not DCF – On Probation

☐

Child Protective Services – Out of
Home

☐

Family with Service Needs
(FWSN) Out of Home

☐

Not DCF – Other Court Involved

Discharge Facesheet

	<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
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
Treatment Information: School						
Since 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						
Since 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						
Since 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

Rev 6/30/2020