

EBP ASSESSMENT PACKET

CPP Ages 1-17 Months Spanish

Required Forms		
Measure	Intake	Periodic/Discharge
1. Demographic Information: Client Intake Face Sheet <input type="checkbox"/>	X	n/a
2. Child's Trauma History: <i>Trauma History Screen- Caregiver Report</i> <input type="checkbox"/>	X	n/a
3. Child's Trauma Symptoms: <i>YCPC- Caregiver Report</i> <input type="checkbox"/>	X	X
4. Child's Behavior & Functioning: <i>BPSC- Caregiver Report</i> <input type="checkbox"/>	X	X
5. Caregiver Symptoms: <i>CESD-R Caregiver Depression</i> <input type="checkbox"/>	X	MUST select at least 1
6. Parental Capacity: <i>Parental Stress Scale</i> <input type="checkbox"/>	X	
7. Caregiver Trauma Symptoms: PCL-5 <input type="checkbox"/>	optional	
8. CPP Monthly Session form <input type="checkbox"/>	MONTHLY	
9. Discharge Face Sheet <input type="checkbox"/>	n/a	Discharge Only

Note: The recommended ongoing assessment for CPP is an age appropriate measure of child symptoms and a 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

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

Client Initials: _____

ID: _____

Date: _____

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 (la peor vez que eso sucedió).		¿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 víctima 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? _____

Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

Client Initials: _____
 ID: _____
 Date: _____

YOUNG CHILD PTSD CHECKLIST (YCPC) (Caregiver: English)

Para niños menor de 7 años

Lo próximo es una lista de los síntomas que los niños pueden tener después de eventos que amenazan la vida.

Cuando piense en TODOS los eventos traumáticos que amenazan la vida de la primera página, marque el número debajo (0-4) que mejor describe la frecuencia con la que el síntoma le ha molestado en LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

0	1	2	3	4				
Nunca	Una vez por semana/ De vez en cuando	2 a 4 veces por semana/ La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días				
1.	¿Tiene su niño/niña recuerdos obsesivos involuntarios del evento traumático? ¿Los expresa por cuenta propia?			0	1	2	3	4
2.	¿Representa su hijo/a el evento traumático en sus juegos con muñecas o juguetes? Es decir, representa con escenas parecidas al evento traumático. ¿O personifica ese evento solo/a o con otros niños?			0	1	2	3	4
3.	¿Está su hijo/a teniendo más pesadillas desde que el evento traumático ocurrió?			0	1	2	3	4
4.	¿Actúa su hijo/a como si el evento traumático estuviera ocurriendo de nuevo, aun cuando no lo está? Esto es cuando su hijo/a actúa como estuviera en el evento traumático y no estar en contacto con la realidad. Esto es bastante obvio cuando sucede.			0	1	2	3	4
5.	Desde el trauma, su hijo/a ha tenido episodios en que parece quedarse congelado/a? Usted puede haber tratado de despertar, pero no responde.			0	1	2	3	4
6.	¿Se molesta cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilista podría ponerse nervioso al viajar en un coche. O, un niño que ha estado en un huracán podría ponerse nervioso cuando llueve. O, un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso cuando otras personas discuten. O, un niño que sufrió abuso sexual podría ponerse nervioso cuando alguien lo toca.			0	1	2	3	4
7.	¿Muestra su niño signos físicos de angustia cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, corazón acelerado, manos temblorosas, sudoración, falta de aire o náuseas. Piense en ejemplos similares a los de la pregunta #6.			0	1	2	3	4
8.	¿Su hijo/a trata de evitar las conversaciones que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, si otras personas hablan de lo que sucedido se aleja o cambia el tema.			0	1	2	3	4
9.	¿Procura su hijo/a evitar cosas o lugares que podrían recordarle del evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilista podría resistirse a entrar a un coche. O, un niño que ha estado en una inundación podría pedirle que no cruce un puente. O, un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso en la casa donde sucedió. O un niño que fue víctima de abuso sexual podría ponerse nervioso cerca de la cama donde paso.			0	1	2	3	4
10.	¿Tiene su hijo (a) dificultades para recordar todo el incidente? ¿Ha bloqueado todo el evento?							
11.	¿Desde el evento o eventos traumáticos, ha perdido interés su hijo/a en las cosas que le gustaba hacer?			0	1	2	3	4
12.	¿Desde el evento o eventos traumáticos, muestra su hijo/a un grado más restringido de emociones positivas en el rostro en comparación con antes?			0	1	2	3	4

13.	¿Ha perdido su hijo/a esperanza para el futuro? Por ejemplo, cree que no se divertirá mañana, o nunca será bueno en nada.					
14.	¿Desde el evento o eventos traumáticos, su hijo/a se a vuelto más distante y retirado de familiares, parientes o amigos?	0	1	2	3	4
15.	¿Su hijo/a ha tenido dificultades para dormir o quedarse dormido/a desde el evento traumático?	0	1	2	3	4
16.	¿Su hijo se ha vuelto más irritable, o ha tenido explosiones de ira, o ha desarrollado rabietas extremas desde el evento traumático?	0	1	2	3	4
17.	¿ Su hijo/a ha tenido más problemas para concentrarse desde el evento traumático?	0	1	2	3	4
18.	¿Su hijo/a ha estado más "alerta" para que sucedan cosas malas? Por ejemplo, ¿mira por peligro a su alrededor?	0	1	2	3	4
19.	¿Su hijo/a se asusta más fácilmente que antes del evento traumático? Por ejemplo, si hay un ruido fuerte o alguien pasa por detrás, ¿salta o parece sorprendido/a?	0	1	2	3	4
20.	¿Su hijo/a se ha vuelto más agresivo/a físicamente desde el evento traumático? Como golpear, patear, morder o romper cosas.	0	1	2	3	4
21.	¿Se ha vuelto más pegajoso con usted desde el evento traumático?	0	1	2	3	4
22.	¿Los terrores nocturnos comenzaron o empeoraron después del evento traumático? Los terrores nocturnos son diferentes de las pesadillas: en los terrores nocturnos un niño suele gritar en sueños, no se despiertan y no lo recuerda al día siguiente.	0	1	2	3	4
23.	¿Desde el evento traumático, su hijo/a ha perdido habilidades adquiridas anteriormente? ¿Por ejemplo, el entrenamiento en cómo usar el baño? ¿O, habilidades de lengua perdidas? ¿O, habilidades motoras perdidas que trabajan para usar broches de presión, los botones, o las cremalleras?	0	1	2	3	4
24.	¿Desde el evento traumático, su hijo/a ha desarrollado nuevos temores sobre cosas que no parecen relacionadas con el trauma? ¿Qué tal ir al baño solo? ¿O tener miedo de la oscuridad?	0	1	2	3	4
	DETERIORO FUNCIONAL ¿Los síntomas que usted endosó arriba se interponen en el camino de la capacidad de su hijo para funcionar en las siguientes áreas?					
25.	¿Los síntomas sustancialmente "interfieren el camino" de cómo su hijo/a se lleva con usted, interfiere en su relación, o hace que se sienta molesto/a?	0	1	2	3	4
26.	¿Estos síntomas "interfieren el camino" de cómo se lleva con los hermanos o hermanas y le hace sentirse molesto/a?	0	1	2	3	4
27.	¿Estos síntomas "interfieren el camino" de cómo se lleva con los amigos en algo - en la guardería, la escuela, o en su vecindario?	0	1	2	3	4
28.	¿Estos síntomas "se interponen en el camino" con el profesor o la clase más que lo normal?	0	1	2	3	4
29.	¿Los síntomas hacen que sea más difícil para usted llevarlo/a en público de lo que sería con un niño promedio? ¿Es más difícil salir con su hijo a lugares como el supermercado? ¿O a un restaurante?	0	1	2	3	4
30.	¿Cree usted que estos comportamientos hacen que su hijo/a se sienta molesto/a?	0	1	2	3	4

Lista de verificación de PTSD para niños pequeños

Escala de la respuesta del cuidador

0	1	2	3	4
Nunca	Una vez por semana/ De vez en cuando	2 to 4 veces por semana/ La mitad del tiempo	5 o más veces por semana/ Casi siempre	Todo los días



BPSC: (Cuidador: Español)

1 mes, 0 días a 17 meses, 31 días

V1.06, 9-1-16

Client Initials:

ID:

Date:

Lista de Síntomas Pediátricos para Bebés (BPSC)

Estas preguntas se refieren al comportamiento de su hijo. Piense en lo que usted esperaría de otros niños de la misma edad, y díganos cuánto cada declaración aplica a su niño.

	Igual	Un Poco Más	Mucho Más
¿Su niño/a tiene dificultad al estar con personas desconocidas?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad al estar en lugares nuevos?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad con los cambios?	0	1	2
¿A su niño/a le molesta que otras personas lo carguen?	0	1	2
¿Su niño/a llora mucho?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para calmarse?	0	1	2
¿Su niño/a es inquieto o irritable?	0	1	2
¿Su niño/a es difícil de consolar?	0	1	2
¿Es difícil mantener a su niño/a en un horario o una rutina establecida? . . .	0	1	2
¿Es difícil poner a su niño/a a dormir?	0	1	2
¿Es difícil para usted dormir lo suficiente debido a su niño/a?	0	1	2
¿Su niño/a tiene dificultad para mantenerse dormido?	0	1	2

Escala de Respuesta para PPSC

0	1	2
Igual	Un Poco Mas	Mucho Mas

Client Initials: _____

ID: _____

Date: _____

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

Nunca o menos
que 1 día

1

Alguna o poca
vez

1-2 días

2

Ocasionalmente
o una buena
parte del tiempo

3-4 días

3

La mayor parte
del tiempo

5-7 días

4

Casi todos los
días por las
últimas 2 semanas

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

Parental Stress Scale (Caregiver: English)

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

Mu en
desacuerdo

2

Desacuerdo

3

Indeciso

4

De
acuerdo

5

Muy de
acuerdo

Client Initials: _____

ID: _____

Date: _____

Trauma Exposure Questions

Instrucciones: Estas preguntas son sobre experiencias muy estresantes y cómo le podrían estar afectando.

1	¿Has visto a alguien gravemente herido, muerto o muerto de repente?	Si	No
2	¿Ha sido gravemente herido o lastimado por otra persona?	Si	No
3	¿Ha sido forzado a ver o hacer algo sexual?	Si	No
4	¿Ha tenido algún otro evento muy estresante o potencialmente mortal?	Si	No

PCL-5 (Caregiver Intake: English)

Instrucciones: Esto es una lista de problemas que las personas a veces tienen en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, leer cuidadosamente cada pregunta y luego marcar uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.

<i>En el último mes, ¿cuánto le molestó:</i>	Nunca	Muy poco	A menudo	Bastante	Extremadamente
1. Los recuerdos repetidos, inquietantes, y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. De repente sentir o actuar como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo de nuevo (como si estuviera realmente allí reviviéndolo)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy molesto/a cuando algo le recordó de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener fuertes reacciones físicas cuando algo le recordó de la experiencia estresante (por ejemplo, latidos del corazón, dificultad respirar, sudación)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. Problema para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener fuerte creencias negativas sobre sí mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo/a, hay algo seriamente mal conmigo, nadie puede ser confiado, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia estresante o lo que sucedió después?	0	1	2	3	4
11. Tener fuerte sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. Perder interés en las actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4

PCL-5 Intake Page 2

14. Problemas teniendo sentimientos positivos (por ejemplo, incapaz de sentir felicidad o tener sentimientos amorosos hacia las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. Comportamiento irritable, arrebatos de enojo, o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o haciendo cosas que podrían causarle daño?	0	1	2	3	4
17. Estar "súper alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. Sentirse nervioso/a o sorprendido/a fácilmente?	0	1	2	3	4
19. Dificultad con la concentración?	0	1	2	3	4
20. Problemas para caer o quedarse dormido/a?	0	1	2	3	4

PCL-5 Periodic/Discharge (Caregiver: Spanish)

Client Initials: _____
ID: _____
Date: _____

Instrucciones: Esto es una lista de problemas que las personas a veces tienen en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, leer cuidadosamente cada pregunta y luego marcar uno de los números a la derecha para indicar cuánto le ha molestado ese problema en el último mes.

<i>En el último mes, ¿cuánto le molestó:</i>	Nunca	Muy poco	A menudo	Bastante	Extremadamente
1. Los recuerdos repetidos, inquietantes, y no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. De repente sentir o actuar como si la experiencia estresante estuviera ocurriendo de nuevo (como si estuviera realmente allí reviviéndolo)?	0	1	2	3	4
4. Sentirse muy molesto/a cuando algo le recordó de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. Tener fuertes reacciones físicas cuando algo le recordó de la experiencia estresante (por ejemplo, latidos del corazón, dificultad respirar, sudación)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. Evitar recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	0	1	2	3	4
8. Problema para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. Tener fuerte creencias negativas sobre sí mismo, otras personas o el mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo/a, hay algo seriamente mal conmigo, nadie puede ser confiado, el mundo es completamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. Culparse a sí mismo o a otra persona por la experiencia estresante o lo que sucedió después?	0	1	2	3	4
11. Tener fuerte sentimientos negativos como miedo, horror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3	4
12. Perder interés en las actividades que antes disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. Sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. Problemas teniendo sentimientos positivos (por ejemplo, incapaz de sentir felicidad o tener sentimientos amorosos hacia las personas)	0	1	2	3	4
15. Comportamiento irritable, arrebatos de enojo, o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. Tomar demasiados riesgos o haciendo cosas que podrían causarle daño?	0	1	2	3	4
17. Estar "súper alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. Sentirse nervioso/a o sorprendido/a fácilmente?	0	1	2	3	4
19. Dificultad con la concentración?	0	1	2	3	4
20. Problemas para caer o quedarse dormido/a?	0	1	2	3	4

CPP 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%			

Phase of Treatment

<input type="checkbox"/> Foundational	<input type="checkbox"/> Core Intervention	<input type="checkbox"/> Termination	<input type="checkbox"/> Completed Termination
---------------------------------------	--	--------------------------------------	--

Activities						
Please check activities/CPP objectives focused on this month:	<input type="checkbox"/>	Convey Hope	<input type="checkbox"/>	Develop Empathic Relationship with Family Members	<input type="checkbox"/>	Enhance Safety
	<input type="checkbox"/>	Strengthen Family Relationships: Promote Emotional Reciprocity	<input type="checkbox"/>	Coordinate Care	<input type="checkbox"/>	Strengthen Dyadic Affect Regulation Capacities
	<input type="checkbox"/>	Strengthen Dyadic Body-Based Regulation	<input type="checkbox"/>	Support Child's Relationship with Other Important Caregivers	<input type="checkbox"/>	Enhance Understanding of the Meaning of Behavior
	<input type="checkbox"/>	Support Child in Returning to a Normal Developmental Trajectory	<input type="checkbox"/>	Normalize the Traumatic Response	<input type="checkbox"/>	Support Dyad in Acknowledging the Impact of Trauma
	<input type="checkbox"/>	Help Dyad Differentiate Between Then and Now	<input type="checkbox"/>	Help Dyad Put the Traumatic Experience in Perspective		
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 CPP, this child's condition is: (CGI-I)	<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	<input type="checkbox"/>	Some	<input type="checkbox"/>	ALL
	<input type="checkbox"/>	A few	<input type="checkbox"/>	Most		
During how many sessions this month was homework assigned or reviewed?	<input type="checkbox"/>	None	<input type="checkbox"/>	Some	<input type="checkbox"/>	ALL
	<input type="checkbox"/>	A few	<input type="checkbox"/>	Most		
During how many sessions this month were COWS saved for the end of the session?	<input type="checkbox"/>	None	<input type="checkbox"/>	Some	<input type="checkbox"/>	ALL
	<input type="checkbox"/>	A few	<input type="checkbox"/>	Most		
During how many sessions this month did the child and/or caregiver practice/demonstrate skill(s) in session (behavior rehearsal)?	<input type="checkbox"/>	None	<input type="checkbox"/>	Some	<input type="checkbox"/>	ALL
	<input type="checkbox"/>	A few	<input type="checkbox"/>	Most		

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 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