

EBP DISCHARGE ASSESSMENT PACKET

CBITS & BOUNCE BACK

Spanish

Required Forms

1. Demographic Information:
Client Discharge Face Sheet
2. Child's Trauma Symptoms:
CPSSV-Child Report
3. Child's Behavior & Functioning:
Ohio- Child Report
4. Satisfaction Questionnaire (caregiver or child)

Supplemental Assessments

Child Depression:

SMFQ (Child Depression Symptoms) – Child & Caregiver Report

PROMIS (Child Anxiety Symptoms) – Child & Caregiver Report

YCPC (Child Trauma Symptoms – for those with children under 7) – Caregiver Report

Caregiver Symptoms:

CESD-R (Caregiver Depression Symptoms)

PSS (Caregiver Stress Symptoms)

PCL-5 (Caregiver Trauma Symptoms)

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: *

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Successfully completed selected EBP Model requirements-no more treatment needed | <input type="checkbox"/> | Referred for other EBP (outpatient) within agency | <input type="checkbox"/> | Family moved out of area |
| <input type="checkbox"/> | Successfully completed selected EBP Model requirements-continue with other treatment | <input type="checkbox"/> | Referred for other non-EBP (outpatient) within agency | <input type="checkbox"/> | Referred to other agency (outpatient) |
| <input type="checkbox"/> | Family discontinued treatment | <input type="checkbox"/> | Referred to higher level of care | <input type="checkbox"/> | 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:

- | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <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 |

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

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

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

4

6 o más
veces a la
semana/
Casi
siempre



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: ___/___/___



Satisfaction Questionnaire

Y

Youth Rating – OHIO SATISFACTION SCALE (Spanish)

Instrucciones: Marca con un círculo tu respuesta a cada pregunta. 1. 2. 3. 4. 5. 6.

1. ¿Cuán satisfecho estás con los servicios de salud mental que has recibido hasta ahora?

1. Extremadamente satisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Ligeramente satisfecho
4. Ligeramente insatisfecho
5. Moderadamente insatisfecho
6. Absolutamente no

2. ¿Cuánto eres incluido en las decisiones sobre tu tratamiento?

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

3. Los trabajadores de salud mental que participan en mi caso me escuchan y saben lo que quiero.

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

4. Tengo mucha decisión en cuanto a mi tratamiento.

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

Total: _____

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ___/___/___



Satisfaction Questionnaire

P

Parent Rating –OHIO SATISFACTION SCALE (Spanish)

Instrucciones: Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.

1. ¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud mental que su hijo ha recibido hasta ahora? 1. Extremely satisfied

1. Extremadamente satisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Ligeramente satisfecho
4. Ligeramente insatisfecho
5. Moderadamente insatisfecho
6. Absolutamente no

2. ¿En qué medida ha sido incluido en el proceso de planificación del tratamiento de su hijo?

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

3. Los trabajadores de salud mental que han participado en mi caso escuchan y valoran mis ideas sobre la planificación del tratamiento para mi hijo.

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

4. ¿En qué medida el plan de tratamiento de su hijo incluye lo que usted piensa sobre las necesidades de tratamiento de su hijo?

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

Total: _____