

TF-CBT Follow Up Forms (Monthly, Periodic, & Discharge)

Spanish

Required Forms

1. TF-CBT Monthly Session Form
2. Child's Behavior & Functioning*
Ohio- Caregiver Report
Ohio- Child Report (child 12+)
3. Chosen Assessment(s) specific to TF-CBT*
CPSS V- Caregiver Report
CPSS V- Caregiver Report

Note: *Alternate or additional measures can be used based on clinical judgment of primary symptom area targeted by treatment*

4. Satisfaction Questionnaire (caregiver or child)
5. Client Discharge Face Sheet

***Required at periodic and discharge**

TF-CBT 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 First Name:		Clinician Last Name:	
------------------------------	--	-----------------------------	--

Project Name:	
----------------------	--

Child Information

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

Child Identification Codes

Provider Client ID:		PSDCRS ID:	
----------------------------	--	-------------------	--

Session Information

Was there a visit this month? (Select one)	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
---	--------------------------	------------	--------------------------	-----------

Treatment Components

Please check all Components Used this month:	<input type="checkbox"/>	Using Measures (administer or share results)	<input type="checkbox"/>	Relaxation	<input type="checkbox"/>	Trauma Narrative Completed
	<input type="checkbox"/>	Case Management (assist with basic needs, collateral contacts with school/DCF, etc.)	<input type="checkbox"/>	Affective Expression	<input type="checkbox"/>	In Vivo Exposure
	<input type="checkbox"/>	Psychoeducation	<input type="checkbox"/>	Cognitive Coping	<input type="checkbox"/>	Conjoint Session (prepping or sharing trauma narratives w/caregiver)
	<input type="checkbox"/>	Parenting Skills	<input type="checkbox"/>	Trauma Narrative	<input type="checkbox"/>	Enhancing Safety

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:	
-----------------------------	--

TF-CBT Monthly Session Form

Functioning						
Compared to the child's condition at the start of TF-CBT, 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%)		

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ___/___/___

P



Ohio Mental Health Consumer Outcomes System

Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Caregiver: Spanish)

Parent Rating – Short Form

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

(Sume las calificaciones) Total _____

Escala de Respuesta OHIO

Determinación de Problemas

0

Nunca

1

Uno o dos
veces

2

Varias
veces

3

Con
frecuencia

4

Casi
siempre

5

Todo el
tiempo

Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Caregiver: Spanish)

Parent Rating – Short Form continued

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

Escala de Respuesta OHIO

Desempeño en Jóvenes

0

Problemas
extremos

1

Bastantes
problemas

2

Algunos
problemas

3

Le va bien

4

Le va
muy bien



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

Y

Instrucciones: Indica la frecuencia con que has tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días:	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discutir con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Meterse en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Gritar o insultar a los demás, usar malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Rehusar 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: ___/___/___

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

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 vio 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: ___/___/___



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: _____

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: _____

Discharge Facesheet (MATCH-ADTC & TF-CBT)

! 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:	
Project:		Treatment Model Site:	

Child Information

Grade (current): *	
---------------------------	--

Child Identification Codes

Provider's Unique Client ID:		PSDCRS ID:	
Which EBP?	<input type="checkbox"/> MATCH-ADTC	<input type="checkbox"/> TF-CBT	

Discharge Information

How many visits during this case:		Discharge Date: * _____/_____/_____
% of the total time spent with the child ONLY during this case:		The total time spent for these three % questions should equal 100%
% of the total time spent with the caregiver ONLY during this case:		The total time spent for these three % questions should equal 100%
% of the total time spent with the child and caregiver TOGETHER during this case:		The total time spent for these three % questions should equal 100%

CGI: Considering your experience, how severe are the child's emotional, behavioral, and/or cognitive concerns at the 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):					

Discharge Facesheet (MATCH-ADTC & TF-CBT)

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: 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		
	<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					

Discharge Facesheet (MATCH-ADTC & TF-CBT)

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