

EBP DISCHARGE ASSESSMENT PACKET

CBITS & BOUNCE BACK

Spanish

Required Forms

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

Supplemental Assessments

Child Symptoms:

SMFQ (Child Depression Symptoms) – Child & Caregiver Report
PROMIS (Child Anxiety Symptoms) – Child & 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: *

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

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

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

YCPC (Caregiver: Spanish) continuo

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

Nunca

1

Una vez por
semana/
De vez en
cuando

2

2 to 4 veces
por semana/
La mitad del
tiempo

3

5 o más veces
por semana/
Casi siempre

4

Todo los
días

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

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: _____