

EBP INTAKE ASSESSMENT PACKET

CBITS & BOUNCE BACK

Spanish

Required Forms

1. Screening Data:

Alchemer Survey Completion

2. Demographic Information:

Client Intake Face Sheet

3. Child's Trauma History:

Trauma Exposure Checklist- Child Report

4. Child's Trauma Symptoms:

YCPC-Caregiver Report

5. Child's Behavior & Functioning:

Ohio- Child Report

Supplemental Assessments

Child Symptoms:

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:

PSS (Caregiver Stress Symptoms)

PCL-5 (Caregiver Trauma Symptoms)

CESD-R (Caregiver Depression Symptoms)

Please collect this information during screening and enter into the monthly Alchemer Survey from CHDI.

Child Information

Clinician Assigned ID Number:				Age:				
Gender	<input type="checkbox"/>	Female	<input type="checkbox"/>	Transgender Female	<input type="checkbox"/>	Nonbinary	<input type="checkbox"/> Preferred not to answer	
	<input type="checkbox"/>	Male	<input type="checkbox"/>	Transgender Male	<input type="checkbox"/>	Another gender not listed		
Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaskan Native Non-Hispanic	<input type="checkbox"/>	Asian Non-Hispanic	<input type="checkbox"/>	Black/African American Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino	
	<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Other Pacific Islander Non-Hispanic	<input type="checkbox"/>	White Non-Hispanic	<input type="checkbox"/>	Multiracial Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> Another Race Non-Hispanic	
							<input type="checkbox"/>	Preferred not to answer
Does this child qualify for the group based on screening criteria?					<input type="checkbox"/> Yes		<input type="checkbox"/> No	

Alchemer Survey: <https://app.alchemer.com/builder/build/id/7754888>

Clinician Name: _____

Date of Completion: ____/____/____

Trauma Exposure Checklist

Durante el transcurso de la vida de una persona ocurren eventos estresantes. Lee la lista a continuación que enumera situaciones estresantes y marca con un círculo a la palabra **SÍ** si estas situaciones **ALGUNAS** veces **TE** han afectado. Marca la palabra **NO** con un círculo si nunca has vivido situaciones de este tipo. Estas preguntas no incluyen las cosas que otras personas te comentaron o que escuchaste en la televisión, la radio y las noticias o que viste en las películas. Tan solo contesta lo que te sucedió en la vida real. Algunas preguntas indagan sobre lo que **VISTE** que le sucedió a otra persona. Y otras preguntas indagan sobre lo que te sucedió a **TÍ**.

a. EJEMPLO:	¿ALGUNAS veces fuiste a ver un partido de baloncesto? (Marca SÍ o NO con un círculo)	SÍ	NO
-------------	--	-----------	-----------

¿ALGUNAS veces te ocurrieron algunas de las situaciones descritas a continuación? (Marca **SÍ** o **NO** con un círculo)

	SÍ	NO
1. ¿Has estado en un accidente serio en el que te lastimaste gravemente o en el que te podrías haber muerto?		
2. ¿Has visto un accidente serio en el que una persona se podría haber lastimado gravemente (o se lastimó gravemente) o se murió?		
3. ¿Alguna vez has pensado que tú o un ser querido se podría lastimar gravemente en un desastre natural, tal como un huracán, inundación o terremoto?		
4. ¿Alguna persona allegada a ti ha estado muy enferma o lesionada?		
5. ¿Alguna persona allegada a ti ha muerto?		
6. ¿Has padecido una enfermedad o una lesión grave, o te han tenido que llevar de urgencia a un hospital?		
7. ¿Has tenido que estar separado por más de un par de días de uno de tus padres o de alguien del cual dependías aunque no hubieras querido?		
8. ¿Has sido atacado por un perro u otro animal?		
9. ¿Alguna persona te ha dicho que te iba a lastimar?		
10. ¿Estuviste presente en alguna ocasión en la que una persona le dijo a otra persona que la iba a lastimar?		
11. ¿Alguien te ha dado una bofetada o un puñetazo o te ha golpeado?		
12. ¿Estuviste presente en alguna ocasión en que una persona le dio una bofetada o un puñetazo o golpeó a otra persona ?		
13. ¿Alguien te ha dado una golpiza?		
14. ¿Has estado presente cuando le dan una golpiza a otra persona ?		
15. ¿Has estado presente en una ocasión en la que atacaron o apuñalaron a alguien con un cuchillo?		
16. ¿Has estado presente cuando una persona le ha apuntado una pistola de verdad a otra persona ?		
17. ¿Has estado presente cuando le dispararon o le pegaron un tiro a otra persona con una pistola de verdad ?		
18. Has presenciado alguna otra situación amenazante o algo que te hizo pensar que alguien podría resultar herido ó muerto? Describe		

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ___/___/___

CPSS – V Child (Spanish)

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

0	1	2	3	4
Por nada	Una vez a la semana o menos /un poco	2-3 veces a la semana/ Algo	4 - 5 veces a la semana /Mucho	6 o mas veces a la semana / casi siempre

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

CPSS – 5 Escala de Respuesta

0	1	2	3	4
Por nada	Una vez a la semana/ o menos/ Un poco	2-3 veces a la semana/ Algo	4-5 veces a la semana/ Mucho	6 o más veces a la semana/ Casi siempre



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	Varias	Con	Casi	Todo el
	veces	veces	frecuencia	siempre	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

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"/> Black or African American	<input type="checkbox"/> White
	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Other (specify)
Hispanic Origin: *	<input type="checkbox"/> Yes, Cuban	<input type="checkbox"/> Yes, of Hispanic/Latino Origin	<input type="checkbox"/> Yes, South or Central American
	<input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano	<input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican	<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 - biological/adoptive parent	<input type="checkbox"/> Relative/guardian
	<input type="checkbox"/> Single Parent with unrelated partner	<input type="checkbox"/> Blended Family	<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	