

# EBP INTAKE ASSESSMENT PACKET

## MATCH-ADTC

### Ages 5-6 Years

### Spanish

#### Required Forms

1. Demographic Information:  
Client Intake Face Sheet ☐
2. Child's Top Problems:  
*Top Problems Assessment*- Caregiver Report ☐  
*Top Problems Assessment* – Child Report ☐
3. Child's Behavior & Functioning:  
*Ohio* – Caregiver Report ☐
4. Child's Trauma History:  
*Trauma History Screen* – Caregiver Report ☐

#### Supplemental Assessments

(Included in Packet)

Child Trauma Symptoms: *YCPC*- Caregiver Report  
Child Anxiety: *PROMIS*  
Child Depression: *SMFQ*- Caregiver Report

#### Supplemental Assessments

(Included in Supplemental Assessment Packet)

Caregiver Symptoms:  
*PSS* (Caregiver Stress)  
*PCL-5* (Caregiver Trauma Symptoms)  
*CESD-R* (Caregiver Depression)

# 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: !**

**Treatment Setting:**

**Circle only ONE**

Administrative  
Agency-Based School  
Community Support  
CSSD

CYFSC  
DCF  
Detention/Corrections  
Extended Day Treatment

Group Home  
Hospital  
In-Home  
Outpatient Clinic

Psych Residential Treatment Facility  
Residential Treatment Center  
School-Based  
S-FIT

Shelter  
Training Only  
Other

## Child Information

**First Initial Child's First Name: !**

**First Initial Child's Last Name: !**

**Date of Birth: !**

**Age:**

**Sex: !**

☐

Female

☐

Intersex

☐

Male

☐

Other (specify) →

**Grade (current): \***

**Race: \***

☐

American Indian or Alaska  
Native

☐

Black or African American

☐

White

☐

Asian

☐

Native Hawaiian or Other  
Pacific Islander

☐

Other (specify)

**Hispanic Origin: \***

☐

Yes, Cuban

☐

Yes, of Hispanic/Latino Origin

☐

Yes, South or Central American

☐

Yes, Mexican, Mexican  
American, Chicano

☐

Yes, Puerto Rican

☐

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?**

☐

Yes

☐

No

**Primary Language of Child:**

**Family Composition: \***

Select the choice that best describes  
the composition of the family.

☐

Two parent family

☐

Single parent -  
biological/adoptive parent

☐

Relative/guardian

☐

Single Parent with  
unrelated partner

☐

Blended Family

☐

Other

# Intake Facesheet

<b>Living Situation of Child: *</b> 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		
<b>System Involvement</b>						
<b>Child/Family involved with DCF? *</b>		<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	
<b>If child / family is involved with DCF, please complete ALL of the following questions:</b>						
<b>DCF Case ID: (if available)</b>				<b>DCF Person Link ID: (if available)</b>		
<b>DCF Status:</b>	<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
<b>DCF Regional Office:</b>						
<b>Youth involved with Juvenile Justice (JJ) System? *</b>		<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No	
<b>If youth is involved with JJ, please complete ALL of the following questions:</b>						
<b>CSSD Client ID: (if available)</b>				<b>CSSD Case ID: (if available)</b>		
<b>CSSD Case Type:</b>			<input type="checkbox"/>	Delinquency	<input type="checkbox"/>	Family with Service Needs (Status Offense)
<b>CSSD Case Status:</b>	<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"/>	
<b>Court District:</b>						
<b>Court Handling Decision:</b>			<input type="checkbox"/>	Judicial	<input type="checkbox"/>	Non-Judicial
<b>Specific Treatment Information</b>						
<b>What treatment model are you using with this child? *</b>		<input type="checkbox"/>	TF-CBT	<input type="checkbox"/>	MATCH-ADTC	
<b>First Clinical Session Date: *</b> Date of first EBP clinical session						

# Intake Facesheet

Treatment Information						
<b>Agency Referral Date/Request for Service: *</b> Date child was referred to agency			<b>Agency Intake Date: *</b> What is the intake date for the client at the agency?			
<b>Referral Date: *</b> Date referred for EBP services	<b>Intake Date: !</b> EBP Intake Date					
<b>Referral Source: *</b> 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		
<b>Assessment Outcome:</b> 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		
<b>CGI: Considering your experience, how severe are the child's emotional, behavioral, and/or cognitive concerns at the time of Intake? Circle only ONE:*</b> Normal    Slightly Severe    Mildly Severe    Moderately Severe    Markedly Severe    Very Severe    Among the most severe symptoms that any child may experience						
Treatment Information: School						
During the 3 months prior to the start of EBP treatment...						
<b>Child's school attendance: *</b>	<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		
<b>Suspended or expelled: *</b>			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
<b>IEP: *</b> 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...						
<b>Arrested: *</b> Has the child been arrested since start of treatment?			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
<b>Detained or incarcerated: *</b> 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...						
<b>Alcohol and/or drugs problems: *</b>			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
<b>Evaluated in ER/ED for psychiatric issues: *</b>			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
<b>Certified medically complex: *</b>			<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No

Client Initials: \_\_\_\_\_ Client ID: \_\_\_\_\_ Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Top Problems Assessment (TPA)

### CAREGIVER ASSESSMENT (English)

<p>Please enter each top problem in the text box below.</p> <p>How much has your child had each of the following problems <u>during the past week</u>? Use a 0 to 4 scale.</p> <p style="text-align: center;"><b>0=not a problem      4=a very big problem</b></p>		
Rank	Top Problem	Rating (0-4)
1		
2		
3		

Copyright © 2015, President and Fellows of Harvard College. All Rights Reserved.

These copyrighted works were created by John R. Weisz, Ph.D., Kristel Thomassin, Ph.D., Jacqueline Hersh, Ph.D., and Rachel Vaughn-Coaxum, M.A., of Harvard's Laboratory for Youth Mental Health.

Client Initials: \_\_\_\_\_ Client ID: \_\_\_\_\_ Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Top Problems Assessment (TPA) for MATCH-ADTC

### CHILD ASSESSMENT (English)

<p>Please enter each top problem in the text box below.</p> <p>How much have you had each of the following problems <u>during the past week</u>? Use a 0 to 4 scale.</p> <p><b>0=not a problem      4=a very big problem</b></p>		
Rank	Top Problem	Rating (0-4)
1		
2		
3		

Copyright © 2015, President and Fellows of Harvard College. All Rights Reserved.

These copyrighted works were created by John R. Weisz, Ph.D., Kristel Thomassin, Ph.D., Jacqueline Hersh, Ph.D., and Rachel Vaughn-Coaxum, M.A., of Harvard's Laboratory for Youth Mental Health.

**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



Client Initials: \_\_\_\_\_ Client ID: \_\_\_\_\_ Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Caregiver: Spanish)

Parent Rating – Short Form continued

<b>Instrucciones:</b> 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.	<b>Problemas extremos</b>	<b>Bastantes problemas</b>	<b>Algunos problemas</b>	<b>Le va bien</b>	<b>Le va muy bien</b>
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

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

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.		¿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? \_\_\_\_\_

Lang, J.M., &amp; Franks, R. (2007). Adapted from the TESI (Ford &amp; Rogers, 1997) and the THQ (Stover et al., 2007)

## Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy  
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

**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
	<b>DETERIORO FUNCIONAL</b> ¿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

## Ansiedad - Versión para padres – Cuestionario abreviado 8a

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Mi niño/a se sintió nervioso/a. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a sintió miedo. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se sintió preocupado/a. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a sintió como si algo terrible pudiera pasar. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se preocupó cuando estaba en casa. ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se asustó con mucha facilidad...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se preocupó por lo que podría pasarle.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Mi niño/a se preocupó al acostarse por las noches.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



## Escala de Respuesta para PROMIS

1

Nunca

2

Casi nunca

3

A veces

4

A menudo

5

Casi  
siempre

Client Initials: \_\_\_\_\_ Client ID: \_\_\_\_\_ Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (Caregiver: Spanish)

### Cuestionario Corto del Animo y Sentimientos Versión del Padre/Madre o Adulto a cargo

Este formulario se trata de cómo su niño/a se pudo haber sentido o actuado recientemente.

Por cada pregunta, por favor señale que tanto su niño/a se ha sentido o actuado de esta forma *durante las últimas dos semanas*.

Si la frase es cierta en el caso de su niño/a la mayor parte del tiempo, marque CIERTO.

Si la frase es cierta en el caso de su niño/a sólo ocasionalmente, marque ALGUNAS VECES.

Si la frase no es cierta en el caso de su niño/a, marque NO ES CIERTO.

	Cierto	Algunas Veces	No es cierto
	2	1	0
1. El/Ella se sintió triste o amargado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El/Ella no mostró agradó por nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El/Ella se sintió tan cansado que solo se sentó y no hizo nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. El/Ella estuvo muy inquieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. El/Ella sintió que ya no servía para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El/Ella lloró mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se le hizo muy difícil pensar o concentrarse en algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. El/Ella se odio así mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El/Ella sintió que era una mala persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Se sintió solo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El/Ella pensó que nadie le quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pensó que jamás sería tan bueno como otros niños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El/Ella sintió que todo cuanto hacía estaba mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# **Response Scale for SMFQ**

**0**

**1**

**2**

No es verdad

A veces

Cierto