

EBP INTAKE ASSESSMENT PACKET

MATCH-ADTC

Ages 7 & Older

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 ☐
Ohio – Child Report (if Child Age 12 or older) ☐
4. Child's Trauma History:
Trauma History Screen – Caregiver Report ☐
Trauma History Screen – Child Report ☐

Supplemental Assessments

(Included in Packet)

Child Trauma Symptoms: *CPSS-V* Child & *CPSS-V* Caregiver

Child Anxiety: *PROMIS* Child & *PROMIS* Caregiver

Child Depression: *SMFQ* Caregiver Report & *SMFQ* Child

Supplemental Assessments

(Included in Supplemental Assessment Packet)

Caregiver Symptoms:

PSS (Caregiver Stress)

PCL-5 (Caregiver Trauma Symptoms)

CESD-R (Caregiver Depression)

EBP INTAKE ASSESSMENT PACKET

TF-CBT & MATCH-ADTC

Ages 7 & Older Spanish

Required Forms

1. Demographic Information:
Client Intake Face Sheet ☐
2. Child's Trauma History:
Trauma History Screen- Caregiver Report ☐
Trauma History Screen- Child Report ☐
3. Child's Trauma Symptoms:
CPSS IV- Caregiver Report ☐
CPSS IV- Child Report ☐
4. Child's Behavior & Functioning:
Ohio- Caregiver Report ☐
Ohio- Child Report (if Child Age 12 or older) ☐

Supplemental Assessments

(Included in Supplemental Assessment Packet)

Child Depression:

SMFQ- Caregiver Report
SMFQ- Child Report

Child Anxiety:

PROMIS-Child Report
PROMIS-Caregiver Report

Caregiver Symptoms:

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

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

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"/>	TF-CBT	<input type="checkbox"/>	MATCH-ADTC	
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	Intake Date: ! EBP Intake Date					
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		
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						
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

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;">0=not a problem 4=a very big problem</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>0=not a problem 4=a very big problem</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

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. Rehuser hacer lo que dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causar problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Consumir drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumplir con las reglas o la ley (llegar atrasado, robar)	0	1	2	3	4	5
9. Faltar a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Mentir	0	1	2	3	4	5
11. No poder estar quieto, tener demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Lastimarse o hacerse daño (me corto o me raspo, tomo píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Hablar o pensar sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Pensar que no vales nada o no sirves para nada	0	1	2	3	4	5
15. Te sientes solo y no tienes amigos	0	1	2	3	4	5
16. Te sientes inquieto o temeroso	0	1	2	3	4	5
17. Te preocupa que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Te sientes triste o deprimido	0	1	2	3	4	5
19. Tienes pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Problemas para comer	0	1	2	3	4	5

Total _____

Escala de Respuesta OHIO

Determinación de Problemas

0	1	2	3	4	5
Nunca	Uno o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo

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

Instrucciones: Por favor califica el grado en que tus problemas afectan tu actual capacidad para realizar actividades diarias. Lee cada punto y marca con un círculo el número que mejor describe tu situación actual.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Me va bien	Me va muy bien
1. Llevarme bien con mis amigos	0	1	2	3	4
2. Llevarme bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Salir o entablar relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Llevarme bien con los adultos fuera de la familia (maestros, director de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Estar pulcro y limpio, lucir bien	0	1	2	3	4
6. Cuidar mi salud y tener hábitos saludables (tomar medicamentos, cepillarme los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controlar las emociones y evitar problemas	0	1	2	3	4
8. Sentirme motivado y terminar los proyectos	0	1	2	3	4
9. Participar en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participar en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Hacer tareas en la casa (limpiar mi cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asistir a la escuela y aprobar las materias	0	1	2	3	4
13. Aprender habilidades que me serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Sentirme bien sobre mí mismo	0	1	2	3	4
15. Pensar con claridad y tomar decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Concentrarme, prestar atención y terminar las tareas	0	1	2	3	4
17. Ganar dinero y aprender a usarlo con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hacer cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Aceptar responsabilidad por mis acciones	0	1	2	3	4
20. Capacidad de expresar sentimientos	0	1	2	3	4

Total _____

Escala de Respuesta OHIO

Desempeño en Jóvenes

0	1	2	3	4
Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	Le va muy bien

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

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

Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

Evaluación del Historial de Trauma (THS) (Child: Spanish)

Instrucciones: Pregunte cuántas veces sucedió cada una de las siguientes situaciones. Después pregúntele al niño/a cuánto le afectó esa situación en ese momento y cuánto le está afectando ahora.		¿Cuántas veces te ha pasado esto?					La peor vez que esto sucedió, ¿cuánto te afectó?					¿Cuánto te afecta esto aún?				
	“¿Alguna vez”	Nunca	Una vez	2-3 veces	4-10 veces	10+ veces	Nada	Muy Poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente	Nada	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
1	Has visto o has estado envuelto en un accidente muy serio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Has tenido algún conocido gravemente herido o enfermo al bordo de la muerte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Has conocido a alguien que haya muerto?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Has estado tan gravemente enfermo/a que el médico o tú mismo pensaste que ibas a morir?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Has sido separado inesperadamente de las personas de quienes dependes para recibir afecto y seguridad por varios días?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Has tenido a alguien cercano que ha tratado de hacerse daño o suicidarse?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Has sido amenazado de ó recibido algún daño físico?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Has sido víctima de robo ó has visto presenciado un robo?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Alguien ha tratado de secuestrarte?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Has visto o estado en un tornado, terremoto, huracán ó incendio?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Has sido atacado por un perro ó algún otro animal?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Has visto o escuchado personas peleando físicamente o amenazándose de hacerse daño?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Has 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	Has visto a un miembro de la familia ser arrestado ó has visto a algún familiar en la cárcel?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Has vivido algún periodo de tu vida cuando no has recibido cuidados básicos apropiados? (comida, ropa ó lugar para vivir)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Has sido forzado a ver ó hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Has visto, oído a otra persona ser forzado a hacer algo sexual?						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Has visto gente usando drogas? (fumando, oliendo o inyectándose)						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19	Has presenciado alguna otra situación amenazante o algo que te hizo pensar que alguien podría resultar herido ó muerto? Describe _____						1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

20. ¿Cuál de las anteriores situaciones te molesta más ahora: _____ Hace cuánto sucedió esto: _____

Escala de Respuesta

1

Nunca

2

Muy
Poco

3

Moderamente

4

Mucho

5

Extremadament

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 vió 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: ____/____/____

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

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

Ansiedad en pediatría - Cuestionario abreviado 8a

Responde a cada enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
Sentí que podría pasar algo terrible.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me sentí nervioso/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Sentí miedo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me sentí preocupado/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me preocupé cuando estaba en casa.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me asusté con mucha facilidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me preocupó lo que pudiera pasarme.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Me preocupé al acostarme 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

Client Initials: _____ Client ID: _____ Date of Completion: ____/____/____

SHORT MOOD AND FEELINGS QUESTIONNAIRE (Child: Spanish)

Cuestionario Corto del Animo y Sentimientos Versión del Joven

Este formulario se trata de cómo te pudiste haber sentido o actuado recientemente.

Por cada pregunta, por favor señala que tanto te has sentido o actuado de esta forma *durante las últimas dos semanas*.

Si la frase es cierta en tu caso la mayor parte del tiempo, marca CIERTO.

Si la frase es cierta sólo ocasionalmente marca ALGUNAS VECES.

Si la frase no es cierta, marca NO ES CIERTO.

	Cierto	Algunas Veces	No es cierto
	2	1	0
1. Me sentí triste o amargado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nada me ha causado agrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me sentí tan cansado que sólo me senté y no hice nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estuve muy inquieto/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me sentí que ya no servía para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lloré mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se me hizo muy difícil pensar o concentrarme en algo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me odié a mi mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fui una mala persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me sentí solo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pensé que nadie me quería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pensé que jamás sería tan bueno como otros niños/as.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hice todo mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Response Scale for SMFQ

0

No es verdad

1

A veces

2

Cierto