

# CTS

## Child Report (Age 6-17)

1

Child Name/ID: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other

Administered By: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

2

**EVENTS:** Sometimes, scary or very upsetting things happen to people.

These things can sometimes affect what we think, how we feel, and what we do.

	Yes	No
1. Have you ever seen people pushing, hitting, throwing things at each other, or stabbing, shooting, or trying to hurt each other?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has someone ever really hurt you? Hit, punched, or kicked you really hard with hands, belts, or other objects, or tried to shoot or stab you?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has someone ever touched you on the parts of your body that a bathing suit covers, in a way that made you uncomfortable? Or had you touch them in that way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has anything else very upsetting or scary happened to you (loved one died, separated from loved one, been left alone for a long time, not had enough food to eat, serious accident or illness, fire, dog bite, bullying)? <i>What was it?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

**REACTIONS:** Sometimes scary or upsetting events affect how people think, feel, and act. The next questions ask how you have been feeling and thinking recently.

How often did each of these happen in the <u>last 30 days</u> ?	Never/ Rarely	1-2 times per month	1-2 times per week	3+ times per week
5. Strong feelings in your body when you remember something that happened (sweating, heart beats fast, feel sick).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Try to stay away from people, places, or things that remind you about something that happened.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Trouble feeling happy.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Trouble sleeping.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Hard to concentrate or pay attention.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Feel alone and not close to people around you.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**NOTES:**

# CTS

## Caregiver Report (Age 6-17)

1

Child Name/ID: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other

Administered By: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

2

**EVENTS:** Sometimes, scary or very upsetting things happen to people.

These things can sometimes affect what we think, how we feel, and what we do.

	Yes	No
1. Has your child ever seen people pushing, hitting, throwing things at each other, or stabbing, shooting, or trying to hurt each other?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has someone ever really hurt your child? Hit, punched, or kicked them really hard with hands, belts, or other objects, or tried to shoot or stab them?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has someone ever touched your child on the parts of their body that a bathing suit covers, in a way that made you or your child uncomfortable? Or has someone had your child touch them in that way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Has anything else very upsetting or scary happened to your child (loved one died, separated from loved one, been left alone for a long time, not had enough food to eat, serious accident or illness, fire, dog bite, bullying)? <i>What was it?</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

**REACTIONS:** Sometimes scary or upsetting events affect how people think, feel, and act.

The next questions ask how your child has been feeling and thinking recently.

How often did each of these happen in the <u>last 30 days</u> ?	Never/ Rarely	1-2 times per month	1-2 times per week	3+ times per week
5. Your child has strong feelings in their body when they remember something that happened (sweating, heart beats fast, feel sick).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Your child tries to stay away from people, places, or things that remind them about something that happened.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Your child has trouble feeling happy.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Your child has trouble sleeping.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. It's hard for your child to concentrate or pay attention.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Your child feels alone and not close to people around them.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**NOTES:**

# CTS

## Child Report (Age 6-17)

### Spanish Version

Child Name/ID: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other

Administered By: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

**EVENTOS:** A veces pasan cosas que asustan o alteran a las personas. Estas cosas a veces afectan la forma cómo pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos.

	Si	No
1. ¿Alguna vez has visto personas empujándose, pegándose, o arrojándose cosas las unas a las otras, o apuñalándose, disparándose, o tratando de hacerse daño las unas a las otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez alguien te ha lastimado seriamente? ¿Te ha pegado, dado puñetazos o patadas muy duro, con manos, cinturones u otros objetos, o ha tratado de dispararte con un arma o apuñalarte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez alguien te ha tocado en las partes de tu cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que te hizo sentir incómodo(a)? ¿O te hizo tocar las partes de su cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que te hizo sentir incómodo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Te ha sucedido alguna otra cosa que te molestó o te asustó mucho? (p.ej. alguien que tú querías murió, fuiste separado de un ser querido, te dejaron solo(a) por mucho tiempo, no tuviste suficiente comida, un accidente o enfermedad seria, incendio, mordida de perro, fuiste intimidado(a) por alguien) ¿Qué fue? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REACCIONES:** A veces situaciones que son miedosas o molestas afectan la forma como las personas piensan, sienten y actúan. Las siguientes preguntas se tratan sobre cómo te has estado sintiendo y lo que has estado pensando recientemente.

Con qué frecuencia te sucedieron cada una de las siguientes cosas en los últimos 30 días?

	Nunca/ raramente	1-2 veces al mes	1-2 veces a la semana	3+ veces a la semana
5. Fuertes sensaciones en tu cuerpo cuando recuerdas algo que sucedió (sudoración, latidos rápidos del corazón, sentirse enfermo)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Intentas evitar personas, lugares o cosas que te hacen recordar algo que sucedió.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Te cuesta trabajo sentirte feliz.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Te cuesta trabajo dormir.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Te es difícil concentrarte o prestar atención.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Te sientes solo/a y alejado/a de las personas a tu alrededor.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**NOTAS:**

# CTS

## Caregiver Report (Age 6-17)

### Spanish Version

Child Name/ID: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other

Administered By: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

**EVENTOS:** A veces pasan cosas que asustan o alteran a las personas. Estas cosas a veces afectan la forma cómo pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos.

	Si	No
1. ¿Alguna vez tu niño/a ha visto personas empujándose, pegándose, o arrojándose cosas las unas a las otras, o apuñalándose, disparándose, o tratando de hacerse daño las unas a las otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez alguien le ha lastimado seriamente? ¿Le ha pegado, dado puñetazos o patadas muy duro, con manos, cinturones u otros objetos, o ha tratado de dispararle con un arma o apuñalarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez alguien le ha tocado en las partes de su cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que le hizo o te hizo sentir incómodo(a)? ¿O alguien le ha hecho tocar las partes de su cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que le hizo o te hizo sentir incómodo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le ha sucedido alguna otra cosa que le molestó o le asustó mucho? (p.ej. alguien que quería murió, fue separado de un ser querido, le dejaron solo(a) por mucho tiempo, no tuvo suficiente comida, sufrió un accidente o enfermedad seria, incendio, mordida de perro, fue intimidado(a) por alguien) ¿Qué fue? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REACCIONES:** A veces situaciones que son miedosas o molestas afectan la forma como las personas piensan, sienten y actúan. Las siguientes preguntas se tratan sobre cómo su niño/a se ha sentido y lo que ha estado pensando recientemente.

Con qué frecuencia le sucedieron cada una de las siguientes cosas en los últimos 30 días?

	Nunca/ raramente	1-2 veces al mes	1-2 veces a la semana	3+ veces a la semana
5. Siente fuertes sensaciones en su cuerpo cuando recuerda algo que sucedió (sudoración, latidos rápidos del corazón, sentirse enfermo)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Intenta evitar personas, lugares o cosas que le hacen recordar algo que sucedió.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Le cuesta trabajo sentirse feliz.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Le cuesta trabajo dormir.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Le es difícil concentrarse o prestar atención.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. Se siente solo/a y alejado/a de las personas a su alrededor.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**NOTAS:**