

Spanish Clinical Assessments

Instructions: Substitute the Spanish version of any of the screening, baseline, or post group assessments. Summary sheets also need to be completed for each of the assessments.

Contents:

1. Trauma Exposure Checklist (TEC)
2. Child PTSD Symptom Scale (CPSS IV)
3. Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Ohio)
4. Youth Services Survey for Families (YSS-F) [Caregiver]



Client Initials: _____

Client ID:_____

Client Date of Birth: ___/____/____

Initial Screening Results
Summary

Please attach the client's 2 initial screening assessments to this cover page.

A. Trauma Exposure Checklist (TEC):

Number of identified exposures to trauma (number of "Yes" responses on TEC) = _____

(Note: minimum of 0 and maximum of 17)

B. Child PTSD Symptom Scale (CPSS):

Total Score (addition of responses to all 17 questions on CPSS) = _____

(Note: minimum of 0 and maximum of 51)

Next Steps: If Part A has a value of 1 or greater AND Part B has a value of 14 or greater, the client should be scheduled for in person interview with the CBITS Clinician/Group Leader to: 1) confirm the results of the screening 2) complete an intake form, 3) administer the baseline Ohio Scales assessment.

Notes:

Client Initials: _____

Client ID:_____

Client Date of Birth: ___/____/____

Baseline Results
Summary

Please attach the client's 1 baseline assessment to this cover page.

A. Ohio Scale – Problems:

Total Score (addition of responses to all 20 questions of A. Child Problem Severity) = _____

(Note: minimum of 0 and maximum of 100)

B. Ohio Scale – Functioning:

Total Score (addition of responses to all 20 questions of B. Child Functioning) = _____

(Note: minimum of 0 and maximum of 80)

Next Steps: Complete the intake form with the client's demographic information and group assignment.

Notes:

Client Initials: _____

Client ID:_____

Client Date of Birth: ___/____/____

Post Group Results
Summary

Please attach the 3 post group assessments to this cover page.

A. Child PTSD Symptom Scale (CPSS)

Total Score (addition of responses to all 17 questions on CPSS) =

_____

(Note: minimum of 0 and maximum of 51)

B. Ohio Scale – Problems:

Total Score (addition of responses to all 20 questions of A. Child Problem Severity) =
_____

(Note: minimum of 0 and maximum of 100)

C. Ohio Scale – Functioning:

Total Score (addition of responses to all 20 questions of B. Child Functioning) =
_____

(Note: minimum of 0 and maximum of 80)

D. Youth Services Survey for Families (Y-SSF):

General Satisfaction with Services = _____
(Add numbers from questions: 1, 4, 5, 7, 10, 11)

Next Steps: Complete the discharge form for each child.

Notes:

Client Initials: _____

Date of Completion: ___/____/____

Client ID:_____

Assessment Not Completed Reason:

Client Date of Birth: ___/____/____

□Too young
□Developmental delay
□Other:_____

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 siestas situaciones ALGUNA vez 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 escuchasteen 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.

EJEMPLO:

a. ¿ALGUNA vez fuiste a ver un partido de baloncesto? (Marca SÍ oNO con un círculo)	**SÍ**	**NO**

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

1. ¿Has **estado en** un accidente serio en el que te lastimaste gravemente o en el que te podrías haber muerto?	**SÍ**	**NO**
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?**		

Client Initials: _____

Date of Completion: ___/____/____

Client ID:_____

Assessment Not Completed Reason:

Client Date of Birth: ___/____/____

□Too young
□Developmental delay
□Other:_____

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Spanish)

Las siguientes preguntas se refieren a cómo te puedes sentir acerca de esas cosas que me contaste previamente que te han afectado. De 0 a 3 escoge el número que mejor describe la frecuencia con que estos problemas te han molestado **DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.**

0	1	2	3
Por nada o sólo una vez	Una vez a la semana o menos /de vez en cuando	2- 4 veces a la semana/ la mitad del tiempo	5 veces a la semana o más /Casi siempre

1. Has tenido pensamientos o imágenes molestos sobre el trauma aunque tu no querías pensar en eso.	0	1	2	3
2. Has tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3. Has actuado o has sentido como si el trauma estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del trauma y te has sentido como si el trauma estuviera pasando otra vez).	0	1	2	3
4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el trauma (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del trauma (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del trauma.	0	1	2	3
7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático	0	1	2	3
8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del trauma.	0	1	2	3
9. Has tenido mucho menos interés o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	0	1	2	3
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	0	1	2	3
11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	0	1	2	3
12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no te graduarás de la escuela, no tendrás un trabajo, o no te casarás o no tendrás hijos(as)).	0	1	2	3
13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	0	1	2	3
14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15. Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algún programa de la televisión, olvidándote de lo que leíste, o no prestando atención en la clase).	0	1	2	3
16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de tí).	0	1	2	3
17. Te has asustado o te has sorprendido fácilmente.	0	1	2	3

Total _____

Adapted from Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C., & Treadwell, K.R.H. (2001). The child PTSD symptom scale (CPSS). Translation updated by CHDI March 2015.

Client Initials: _____

Date of Completion: ___/____/____

Client ID:_____

Assessment Not Completed Reason:

Client Date of Birth: ___/____/____

□Too young
□Developmental delay
□Other:_____

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

A. Problems Scale

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. Rehusar 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 _____

Adapted from: Benjamin M. Ogles & Southern Consortium for Children – January 2000 (Youth-1). 1/1/2007. Translation updated by CHDI March 2015.

Continue on next page →

Client Initials: _____

Date of Completion: ___/____/____

Client ID:_____

Assessment Not Completed Reason:

Client Date of Birth: ___/____/____

□Too young
□Developmental delay
□Other:_____

B. Function Scale

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 tul 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 _____

Adapted from: Benjamin M. Ogles & Southern Consortium for Children – January 2000 (Youth-1). 1/1/2007. Translation updated by CHDI March 2015.

Client Initials: _____

Date of Completion: ___/____/____

Client ID:_____

Assessment Not Completed Reason:

□Too young
□Developmental delay
□Other:_____

Client Date of Birth: ___/____/____

REPORTE DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE CONNECTICUT

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA

Nos gustaría saber cómo se siente acerca del cuidado que su niño(a) o adolescente ha recibido recientemente. Por cada pregunta circule la respuesta que mejor describe su experiencia con nuestros servicios. Los servicios que usted recibe ahora o que pueda recibir en el futuro no se verán afectados por las respuetas que usted nos de.

1. Estoy satisfecho(a) con los servicios que mi niño(a) ha recibido aquí				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi niño(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
3. Yo ayudé a escoger las metas de tratamiento para mi niño(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
4. Las personas que estaban ayudando a mi niño(a) estuvieron con nosotros en todo momento.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
5. Sentí que mi niño(a) tenía alguien con quien hablar cuando él o ella estaba molesto(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
6. Yo participé frecuentemente en el tratamiento de mi niño(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
7. Los servicios que mi niño(a) recibió eran los indicados para nosotros.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
8. La ubicación donde recibimos los servicios era conveniente para nosotros.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
9. Los servicios se ofrecían en horas que eran convenientes para nosotro				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
10. Recibimos la ayuda que queríamos para mi niño(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
11. Recibimos toda la ayuda que necesitábamos para mi niño(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
12. Todo el personal me trató con respeto.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**

Client Initials: _____

Date of Completion: ___/____/____

Client ID:_____

Assessment Not Completed Reason:
□Too young
□Developmental delay
□Other:_____

Client Date of Birth: ___/____/____

13. Todo el personal respetó las creencia religiosas/espirituales de mi familia.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
14. Todo el personal me habló de una manera que yo entendiera				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
15. Todo el personal respetó mi cultura y antecedentes étnicos.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
Como resultado de los servicios que mi niño/familia recibió,				
16. Mi niño(a) se puede enfrentar mejor a la vida diaria.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
17. Mi niño(a) se lleva mejor con los miembros de mi familia.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
18. Mi niño(a) se lleva mejor con amigos y otras personas.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
19. Mi niño(a) está mejor en la escuela.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
20. Mi niño(a) es más capaz de hacerle frente a las cosas cuando van mal.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
21. Ahora estoy satisfecho/a con nuestra vida familiar.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
Por favor conteste las siguientes preguntas pensando en las relaciones que tiene con otras personas sin incluir su proveedor de salud mental. **Como resultado de los servicios que mi niño/familia recibió,**				
22. Mi niño(a) está mejor capacitado(a) para hacer las cosas que él o ella quiere hacer.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
23. Conozco personas que me escuchan y entienden cuando necesito hablar.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
24. Conozco personas con las que me siento cómodo(a) hablando acerca de los problemas de mi niño(a).				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
25. En una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de la familia o amigos.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**
26. Conozco personas con las que puedo hacer cosas agradables.				
1-Totalmente en desacuerdo	**2-No estoy de acuerdo**	**3-Neutral**	**4-De acuerdo**	**5-Totalmente de acuerdo**