

# CTS

## Informe de la Persona a Cargo del Cuidado (6 a 17 Años de Edad)

Versión en Español

1

Nombre/Id. del Menor: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  Otro

Administrado por: \_\_\_\_\_ Fecha en que se Realizó: \_\_\_\_\_

2

**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"/>

3

**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:**