

CTS

Informe del Menor (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 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"/>

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 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: