

EBP INTAKE ASSESSMENT PACKET

TF-CBT & MATCH-ADTC

Ages 0-4 Years Spanish

Required Forms

1. Demographic Information:
Client Intake Face Sheet ☐
2. Child's Trauma History:
Trauma History Screen- Caregiver Report ☐
3. Child's Trauma Symptoms:
YCPC 5- Caregiver Report ☐
4. Child's Behavior & Functioning:
PPSC- Caregiver Report ☐
5. CESD-R (Caregiver Depression) ☐

Supplemental Assessments

(Included in Supplemental Assessment Packet)

Child Depression:

SMFQ- Child Report

SMFQ- Caregiver Report

Caregiver Symptoms:

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: !	<input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/> Other (specify) →	
Grade (current): *			
Race: *	<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other (specify)
Hispanic Origin: *	<input type="checkbox"/> Yes, Cuban <input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano	<input type="checkbox"/> Yes, of Hispanic/Latino Origin <input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Yes, South or Central American <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
Primary Language of Child:			
Family Composition: * Select the choice that best describes the composition of the family.	<input type="checkbox"/> Two parent family <input type="checkbox"/> Single Parent with unrelated partner	<input type="checkbox"/> Single parent - biological/adoptive parent <input type="checkbox"/> Blended Family	<input type="checkbox"/> Relative/guardian <input type="checkbox"/> 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: ____/____/____

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 victima 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

YCPC

Abajo hay una lista de síntomas que los niños pueden tener después de acontecimientos que amenazan la vida.

Pensando en TODOS los acontecimientos traumáticos que amenazan la vida en la primera página, circule el número abajo (0-4) que mejor describa con qué frecuencia el síntoma se ha presentado en las 2 semanas pasadas.

0	1	2	3	4	
Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días	
14. ¿Tiene su niño/niña recuerdos obsesivos involuntarios del evento traumático? ¿Los expresa por cuenta propia?	0	1	2	3	4
15. ¿Representa el niño el evento traumático en sus juegos con muñecas o juguetes? Es decir, escenas que se parecen al trauma . ¿O personifica ese evento solo o con otros niños?	0	1	2	3	4
16. ¿Está teniendo su niño más pesadillas desde que el evento traumático ocurrió?	0	1	2	3	4
17. ¿Comenzaron los sobresaltos de noche o empeoraron después de los traumas? Los sobresaltos de noche son diferentes de las pesadillas: en sobresaltos nocturnos un niño por lo general grita en su sueño, no se despierta, y no lo recuerda al día siguiente.	0	1	2	3	4
18. ¿Actúa el niño/niña como si el evento traumático estuviera ocurriéndole de nuevo, a él/ella, aun cuando no lo está? Esto es cuando el niño/niña actúan como estuvieran de nuevo en el evento traumático y no están en contacto con la realidad. Esto es bastante obvio cuando sucede.	0	1	2	3	4
19. Desde el trauma, ¿ha tenido episodios en que parece quedarse congelado? Usted puede haber tratado de despertarlo, pero no responde.	0	1	2	3	4
20. ¿Se molesta cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos?	0	1	2	3	4
Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilístico podría ponerse nervioso al viajar en coche.					
O un niño que ha estado en un huracán podría ponerse nervioso cuando llueve.					
O un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso cuando otras personas discuten. O una niña que sufrió abuso sexual podría ponerse nerviosa cuando alguien la toca.					
21. ¿Muestra su niño signos físicos de angustia cuando algo le recuerda el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, corazón acelerado, manos temblorosas, sudoración, falta de aire o náuseas	0	1	2	3	4
Piense en ejemplos similares a los de la pregunta #20					
22. El niño muestra persistentemente emociones negativas (miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión) lo que <u>no es</u> provocado por la exposición a los recuerdos del evento, como los de la pregunta #20.	0	1	2	3	4

FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUENTE PÁGINA . . .

0	1	2	3	4	
Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días	
23. ¿Trata el niño de evitar las conversaciones que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, si otras personas hablan de lo sucedido se aleja o cambia el tema.	0	1	2	3	4
24. ¿Procura el niño evitar las cosas o lugares que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, un niño que ha estado en un accidente automovilístico podría resistirse a entrar a un coche. O un niño que ha estado en una inundación podría pedirle que no cruce un puente. O un niño que ha presenciado violencia doméstica podría ponerse nervioso en la casa donde sucedió. O una niña víctima de abusos sexuales podría ponerse nerviosa cerca de la cama donde tuvo lugar el abuso.	0	1	2	3	4
25. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha perdido interés su niño en las cosas que le gustaba hacer?	0	1	2	3	4
26. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿se ha distanciado o separado más su niño de la familia, los parientes o amigos?	0	1	2	3	4
27. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿muestra su niño una grado más restringido de emociones positivas en el rostro?	0	1	2	3	4
28. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿el niño ha estado más irritable, ha tenido arrebatos de ira o ha desarrollado rabietas extremas?	0	1	2	3	4
29. ¿Ha estado “a la expectativa” de que ocurran cosas malas? Por ejemplo, mira a su alrededor en busca de peligro.	0	1	2	3	4
30. ¿Se asusta más fácilmente su niño que antes del evento o eventos traumáticos? Por ejemplo, si hay un ruido fuerte o alguien aparece de repente por detrás, ¿se sobresalta o asusta?	0	1	2	3	4
31. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha tenido más dificultad su niño para concentrarse?	0	1	2	3	4
32. ¿Le ha sido más difícil al niño dormir o permanecer dormindo después del evento traumático?	0	1	2	3	4
33. Desde del evento o eventos traumáticos, ¿Se ha vuelto su niño más agresivo físicamente? Por ejemplo, pega, da patadas, muerde o rompe cosas	0	1	2	3	4
34. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿el niño se ha vuelto más apegado o inseguro?	0	1	2	3	4

FAVOR SIGA LA SIGUENTE PÁGINA

0	1	2	3	4
Nunca	Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	5 o más veces por semana / Casi siempre	Todos los días

35. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha perdido su niño habilidades que había adquirido previamente?

Por ejemplo, ir solo al baño.

O habilidades de lenguaje.

O habilidades motoras, por ejemplo, al cerrar broches, cierres o botones.

0 1 2 3 4

36. Desde el evento o eventos traumáticos, ¿ha desarrollado su niño temores nuevos sobre cosas que no parecen estar relacionadas con el trauma?

Por ejemplo, ir al baño solo, o miedo a la oscuridad.

0 1 2 3 4

DETERIORO FUNCIONAL

Indique la manera en que los síntomas mencionados anteriormente afectan el funcionamiento de su niño en las siguientes áreas.

0	1	2	3	4
Casi nunca o nunca	A veces	La mitad del tiempo	Más de la mitad Del tiempo	Todos los días

37. ¿Interfieren en forma importante los síntomas con la manera en que el niño se lleva con usted o en la relación que hay entre ustedes o hacen que usted se sienta mal o se enoje?

0 1 2 3 4

38. ¿Interfieren los síntomas con la manera en que el niño se lleva con sus hermanos, o hacen que se sientan mal o enojados?

0 1 2 3 4

39. ¿Interfieren los síntomas con el maestro o la clase más de lo habitual?

0 1 2 3 4

40. ¿Interfieren los síntomas con la manera en que su niño/niña se lleva con los amigos, ya sea en la guardería infantil, en la escuela o en el vecindario?

0 1 2 3 4

41. ¿Los síntomas de su niño/niña hacen que sea más difícil sacarlo en público que a un niño promedio?

0 1 2 3 4

¿Es más difícil salir con su niño/niña a lugares como una tienda de comestibles o un restaurante?

42. ¿Cree que estos comportamientos hacen que su niño se sienta mal?

0 1 2 3 4

version 10/12/2022

© Michael Scheeringa, MD, MPH, 2010, Tulane University, New Orleans, Louisiana. mscheer@tulane.edu. Este formulario puede reproducirse y usarse de forma gratuita, pero no venderse, sin el permiso del autor.

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____



PPSC:

18 meses, 0 días a 65 meses, 31 días

V1.06, 9-1-16

Estas preguntas se refieren al comportamiento de su hijo. Piense en lo que usted esperaría de otros niños de la misma edad, y díganos cuánto cada declaración aplica a su niño.

		Igual	Un Poco Más	Mucho Más
¿Su niño/a...	parece nervioso o asustado?	0	1	2
	parece triste o infeliz?	0	1	2
	se molesta si las cosas no se hacen de cierta forma? . . .	0	1	2
	tiene dificultad con los cambios?	0	1	2
	tiene dificultad al jugar con otros niños?	0	1	2
		0	1	2
		0	1	2
		0	1	2
		0	1	2
	es agresivo?	0	1	2
		0	1	2
¿Es difícil...		0	1	2
		0	1	2
		0	1	2
		0	1	2
		0	1	2

Response Scale for PPSC

0

Igual

1

Un Poco
Mas

2

Mucho
Mas

Client Initials: _____

Client ID: _____

Date of Completion: ____/____/____

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised (CESD-R) (Caregiver: Spanish)

<i>Le voy a leer unas frases que describen como usted se podría haber sentido. Por favor dígame con que frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada:</i>	Durante la Última Semana				Casi todos los días por las últimas 2 semanas
	Nunca o menos que 1 día	1-2 días	3-4 días	5 -7 días	
No me sentía con ganas de comer; tenía mal apetito.	0	1	2	3	4
Sentía que no podía quitarme de encima la tristeza	0	1	2	3	4
Tenía dificultad en mantener mi mente en lo que estaba haciendo.	0	1	2	3	4
Me sentía deprimida/o	0	1	2	3	4
Mi sueño era inquieto.	0	1	2	3	4
Me sentí triste.	0	1	2	3	4
No tenía ganas de hacer nada.	0	1	2	3	4
Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
Sentí que era una persona mala	0	1	2	3	4
Perdí el interés en actividades habituales	0	1	2	3	4
Dormí mas de lo usual	0	1	2	3	4
Sentí que me estaba moviendo muy despacio	0	1	2	3	4
Me sentí inquieta/o	0	1	2	3	4
Quise morirme	0	1	2	3	4
Quise hacerme daño a mi misma/o	0	1	2	3	4
Me sentí cansada/o todo el tiempo	0	1	2	3	4
No me gusté a mi misma/o	0	1	2	3	4
Perdí mucho peso sin intentarlo.	0	1	2	3	4
Tuve muchos problemas para dormir	0	1	2	3	4
No me pude concentrar en las cosas importantes	0	1	2	3	4

Reference: Eaton, W. W., Smith, C., Ybarra, M., Muntaner, C., Tien, A. (2004). Center for Epidemiological Studies Depression Scale: Review and revisión (CESD and CESD-R). In ME Maruish (Ed). The Use of Psychosocial Testing for Treatment Planning and Outcomes Assesment (3rd Ed.) Volume 3: Instruments for Adults, pp. 363-377. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Escala de Respuesta

0

Nunca o menos
que 1 día

1

Alguna o poca
vez

1-2 días

2

Ocasionalmente
o una buena
parte del tiempo

3-4 días

3

La mayor parte
del tiempo

5-7 días

4

Casi todos los
días por las
últimas 2 semanas