

# EBP DISCHARGE ASSESSMENT PACKET

## CBITS & BOUNCE BACK

### Spanish

#### Required Forms

1. Demographic Information:  
*Client Discharge Face Sheet*
2. Child's Trauma Symptoms:  
*YCPC-Caregiver Report*
3. Child's Behavior & Functioning:  
*Ohio- Caregiver Report*
4. Satisfaction Questionnaire (caregiver or child)

#### Supplemental Assessments

##### Child Symptoms:

*SMFQ (Child Depression Symptoms)* – Child & Caregiver Report

*PROMIS (Child Anxiety Symptoms)* – Child & Caregiver Report

##### Caregiver Symptoms:

*CESD-R (Caregiver Depression Symptoms)*

*PSS (Caregiver Stress Symptoms)*

*PCL-5 (Caregiver Trauma Symptoms)*

# Discharge Facesheet

! 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.

Data Entry Person: Greyed-out fields are pulled in from the completed Client Face Sheet-Intake, so you won't have to enter them again here

## Direct Service Provider User Information

Clinician First Name: !		Clinician Last Name: !	
-------------------------	--	------------------------	--

## Child Information

Child First Initial: !		Child Last Initial :!	
------------------------	--	-----------------------	--

## Child Identification Codes

Which EBP?	<input type="checkbox"/>	ARC	<input type="checkbox"/>	CBITS	<input type="checkbox"/>	Bounce Back	<input type="checkbox"/>	CPP
------------	--------------------------	-----	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----

## Discharge Information

Discharge Date: * _____ / _____ / _____								
<b>CGI:</b> <b>Considering your experience, how severe are the child's emotional, behavioral, and/or cognitive concerns at the time of discharge? (circle one):*</b>	Normal Slightly Severe Mildly Severe Moderately Severe Markedly Severe Very Severe <small>Among the most severe symptoms that any child may experience</small>			<b>CGI:</b> <b>Compared to the child's condition at intake, this child's condition is _____ (circle one): *</b>				
	Very much improved	Much improved	Minimally improved					
	No change	Minimally worse	Much worse	Very much worse				

<b>Discharge Reason: *</b>	<input type="checkbox"/>	Successfully completed selected EBP Model requirements-no more treatment needed	<input type="checkbox"/>	Referred for other EBP (outpatient) within agency	<input type="checkbox"/>	Family moved out of area
	<input type="checkbox"/>	Successfully completed selected EBP Model requirements-continue with other treatment	<input type="checkbox"/>	Referred for other non-EBP (outpatient) within agency	<input type="checkbox"/>	Referred to other agency (outpatient)
	<input type="checkbox"/>	Family discontinued treatment	<input type="checkbox"/>	Referred to higher level of care	<input type="checkbox"/>	Assessment Only-no treatment needed
	Other (specify):					

## 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)			
<b>DCF Status:</b> <b>DCF Regional Office:</b>	<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

## Discharge Facesheet

	<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
<b>Youth involved with Juvenile Justice (JJ) System? *</b>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>If youth is involved with JJ, please complete ALL of the following questions:</b>			
<b>CSSD Client ID: (if available)</b>	<b>CSSD Case ID: (if available)</b>		
<b>CSSD Case Type:</b>		<input type="checkbox"/> Delinquency	<input type="checkbox"/> Family with Service Needs (Status Offense)
<b>CSSD Case Status:</b>	<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"/>
<b>Court District:</b>			
<b>Court Handling Decision:</b>		<input type="checkbox"/> Judicial	<input type="checkbox"/> Non-Judicial
<b>Treatment Information: School</b>			
Since the start of EBP treatment...			
<b>Child's school attendance: *</b>	<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	
<b>Suspended or expelled: *</b>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>IEP: *</b> Does the child have an Individual Education Plan (special education)?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Treatment Information: Legal</b>			
Since the start of EBP treatment...			
<b>Arrested: *</b> Has the child been arrested since start of treatment?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Detained or incarcerated: *</b> Has the child been detained or incarcerated since start of treatment?		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Treatment Information: Medical</b>			
Since the start of EBP treatment...			
<b>Alcohol and/or drugs problems: *</b>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Evaluated in ER/ED for psychiatric issues: *</b>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<b>Certified medically complex: *</b>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

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 Nunca Menos / De vez en cuando	1 Una vez por semana o La mitad del tiempo	2 2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	3 5 o más veces por semana / Casi siempre	4 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 ocurriendo 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?  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.				0 1 2 3 4
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 SIGUIENTE PÁGINA ...

0 Nunca	1 Una vez por semana o Menos / De vez en cuando	2 2 a 4 veces por semana / La mitad del tiempo	3 5 o más veces por semana / Casi siempre	4 Todos los días
23. ¿Trata el niño de evitar las conversaciones que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos?				0 1 2 3 4
Por ejemplo, si otras personas hablan de lo sucedido se aleja o cambia el tema.				
24. ¿Procura el niño evitar las cosas o lugares que podrían recordarle el evento o eventos traumáticos?				0 1 2 3 4
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.				
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?

0      1      2      3      4

Por ejemplo, ir solo al baño.

O habilidades de lenguaje.

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

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

0      1      2      3      4

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

#### DETERIORO FUNCIONAL

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

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

Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Ohio Mental Health Consumer Outcomes System

**Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Caregiver: Spanish)**

Parent Rating – Short Form

**P**

<b>Instrucciones:</b> Indique la frecuencia con que su hijo/a ha tenido los siguientes problemas en los últimos 30 días:	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discute con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Se mete en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Grita o insulta a los demás, dice malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Tiene ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Se rehusa a hacer lo que le dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causa problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Usa drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumple con las reglas o la ley (llega después de hora, roba)	0	1	2	3	4	5
9. Falta a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Miente	0	1	2	3	4	5
11. No se puede estar quieto/a, tiene demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Se hace daño (se corta o se raspa, toma píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Habla o piensa sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Piensa que no vale nada o que no sirve para nada	0	1	2	3	4	5
15. Se siente solo/a y no tiene amigos/as	0	1	2	3	4	5
16. Se siente ansioso/a o temeroso/a	0	1	2	3	4	5
17. Le preocupa de que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Se siente triste o deprimido/a	0	1	2	3	4	5
19. Tiene pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Tiene problemas para comer	0	1	2	3	4	5

(Sume las calificaciones) Total \_\_\_\_\_

# **Escala de Respuesta OHIO**

## **Determinación de Problemas**

0	1	2	3	4	5
Nunca	Uno o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo

Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_ Date of Completion: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## **Ohio Youth Problem and Functioning Scales (Caregiver: Spanish)**

Parent Rating – Short Form continued

<b>Instrucciones:</b> Por favor califique el grado en que los problemas de su hijo/a afectan su capacidad actual en las actividades diarias. Considere el nivel actual de desempeño de su hijo/a.	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Le va bien	Le va muy bien
1. Se lleva bien con los amigos/as	0	1	2	3	4
2. Se lleva bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Sale y/o entabla relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Se lleva bien con personas adultas fuera de la familia (maestros/as, director /a de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Esta pulcro/ordenado y limpio, luce bien	0	1	2	3	4
6. Cuida su salud y tiene buenos hábitos al respecto (toma sus medicamentos, se cepilla los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controla sus emociones y evita problemas	0	1	2	3	4
8. Se siente motivado y termina sus proyectos	0	1	2	3	4
9. Participa en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participa en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Cumple con sus obligaciones en casa (limpiar su cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asiste a la escuela y aprueba las materias	0	1	2	3	4
13. Aprende tareas que le serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Se siente bien consigo mismo/a	0	1	2	3	4
15. Piensa con claridad y toma decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Se concentra, presta atención y hace sus tareas	0	1	2	3	4
17. Gana dinero y aprende a usarlo con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hace cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Acepta responsabilidad por sus acciones	0	1	2	3	4
20. Tiene capacidad para expresar sus sentimientos	0	1	2	3	4

# **Escala de Respuesta OHIO**

## **Desempeño en Jóvenes**

0

1

2

3

4

Problemas Bastantes Algunos Le va bien Le va  
extremos problemas problemas muy bien

Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## Satisfaction Questionnaire

### Youth Rating – OHIO SATISFACTION SCALE (Spanish)

Instrucciones: Marca con un círculo tu respuesta a cada pregunta. 1. 2. 3. 4. 5. 6.

#### 1. ¿Cuán satisfecho estás con los servicios de salud mental que has recibido hasta ahora?

1. Extremadamente satisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Ligeramente satisfecho
4. Ligeramente insatisfecho
5. Moderadamente insatisfecho
6. Absolutamente no

#### 2. ¿Cuánto eres incluido en las decisiones sobre tu tratamiento?

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

#### 3. Los trabajadores de salud mental que participan en mi caso me escuchan y saben lo que quiero.

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

#### 4. Tengo mucha decisión en cuanto a mi tratamiento.

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

Total: \_\_\_\_\_

Client Initials: \_\_\_\_\_

Client ID: \_\_\_\_\_

Date of Completion: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## Satisfaction Questionnaire

P

### Parent Rating –OHIO SATISFACTION SCALE (Spanish)

Instrucciones: Marque con un círculo su respuesta a cada pregunta.

**1. ¿Cuán satisfecho está con los servicios de salud mental que su hijo ha recibido hasta ahora? 1. Extremely satisfied**

1. Extremadamente satisfecho
2. Moderadamente satisfecho
3. Ligeramente satisfecho
4. Ligeramente insatisfecho
5. Moderadamente insatisfecho
6. Absolutamente no

**2. ¿En qué medida ha sido incluido en el proceso de planificación del tratamiento de su hijo?**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**3. Los trabajadores de salud mental que han participado en mi caso escuchan y valoran mis ideas sobre la planificación del tratamiento para mi hijo.**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**4. ¿En qué medida el plan de tratamiento de su hijo incluye lo que usted piensa sobre las necesidades de tratamiento de su hijo?**

1. Mucho
2. Bastante
3. Moderadamente
4. Ligeramente
5. Un poco
6. Absolutamente no

**Total:** \_\_\_\_\_