

EBP INTAKE ASSESSMENT PACKET

CBITS & BOUNCE BACK

Spanish

Required Forms

1. Screening Data:

Alchemer Survey Completion

2. Child's Trauma History

Trauma Exposure Checklist- Child Report

3. Child's Trauma Symptoms:

YCPC- Caregiver Report

4. Child's Behavior & Functioning:

Ohio - Caregiver Report

5. Demographic Information:

Client Intake Facesheet

Supplemental Assessments

Child Symptoms:

SMFQ (Child Depression Symptoms) – Child & Caregiver Report

PROMIS (Child Anxiety Symptoms) – Child & Caregiver Report

YCPC (Child Trauma Symptoms-for those with children under 7) – Caregiver Report

Caregiver Symptoms:

PSS (Caregiver Stress Symptoms)

PCL-5 (Caregiver Trauma Symptoms)

CESD-R (Caregiver Depression Symptoms)

Please collect this information during screening and enter into the monthly Alchemer Survey from CHDI.

Child Information

Client Assigned ID Number:					Age:				
Gender	<input type="checkbox"/> ·	Female	<input type="checkbox"/> ·	Transgender Female	<input type="checkbox"/> ·	Nonbinary	<input type="checkbox"/> ·	Preferred not to answer	
	<input type="checkbox"/> ·	Male	<input type="checkbox"/> ·	Transgender Male	<input type="checkbox"/> ·	Another gender not listed			
Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> ·	Black Non- Hispanic	<input type="checkbox"/> ·	White Non-Hispanic	<input type="checkbox"/> ·	Multiracial Non- Hispanic	<input type="checkbox"/> ·	Another Race Non- Hispanic	
	<input type="checkbox"/> ·	Hispanic Black	<input type="checkbox"/> ·	Hispanic White	<input type="checkbox"/> ·	Hispanic Multiracial			
								<input type="checkbox"/> ·	Preferred not to answer
Does this child qualify for the group based on screening criteria?						<input type="checkbox"/> · Yes	<input type="checkbox"/> · No		

Client Assigned ID Number is the number assigned by agency/school/district for identification of the child.

Alchemer Survey: <https://survey.alchemer.com/s3/7754888/UPDATED-CBITS-BB-Screening-Survey-March-2024-Version-2>

Clinician Name: _____

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 si estas 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 escuchaste en 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.

a. EJEMPLO:	¿ALGUNA vez fuiste a ver un partido de baloncesto? (Marca Sí o NO 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 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 dijó 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 ?		
18. Has presenciado alguna otra situación amenazante o algo que te hizo pensar que alguien podría resultar herido ó muerto? Describe		

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 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 dormido después del evento traumático?				0 1 2 3 4
33. Desde el 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	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

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

Instrucciones:	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

(Suma 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

Instrucciones:	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

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: !		Sub-Team (CBITS/BB Only):	
Provider Name: !		Site Name: !	

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"/>	Intersex		
	<input type="checkbox"/>	Male	<input type="checkbox"/>	Other (specify)→		
Grade (current): *						
Race: * [select all that apply]	<input type="checkbox"/>	Declined/Not Disclosed	<input type="checkbox"/>	Asian		
	<input type="checkbox"/>	Decline to Identify	<input type="checkbox"/>	Asian Indian	<input type="checkbox"/>	Laotian
	<input type="checkbox"/>	Unknown/Unsure	<input type="checkbox"/>	Bangladeshi	<input type="checkbox"/>	Malaysian
	<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/>	Burmese	<input type="checkbox"/>	Nepalese
	<input type="checkbox"/>	Alaska Native	<input type="checkbox"/>	Cambodian	<input type="checkbox"/>	Pakistani
	<input type="checkbox"/>	Cherokee	<input type="checkbox"/>	Chinese	<input type="checkbox"/>	Sri Lankan
	<input type="checkbox"/>	Iroquois	<input type="checkbox"/>	Filipino	<input type="checkbox"/>	Taiwanese
	<input type="checkbox"/>	Mashantucket Pequot	<input type="checkbox"/>	Hmong	<input type="checkbox"/>	Thai
	<input type="checkbox"/>	Mohegan	<input type="checkbox"/>	Indonesian	<input type="checkbox"/>	Vietnamese
	<input type="checkbox"/>	Other American Indian	<input type="checkbox"/>	Japanese	<input type="checkbox"/>	Other Asian
			<input type="checkbox"/>	Korean		
	<input type="checkbox"/>	Black or African American	<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian or Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	White
	<input type="checkbox"/>	African	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Arab
	<input type="checkbox"/>	African American	<input type="checkbox"/>	Guamanian or Chamorro	<input type="checkbox"/>	European
	<input type="checkbox"/>	Dominican	<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian	<input type="checkbox"/>	Middle Eastern or Northern African
	<input type="checkbox"/>	Haitian	<input type="checkbox"/>	Samoan	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Jamaican	<input type="checkbox"/>	Other Pacific Islander	<input type="checkbox"/>	Portuguese
	<input type="checkbox"/>	West Indian	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Other White
	<input type="checkbox"/>	Other Black/African American	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	Some other race, specify:				

Intake Facesheet

Hispanic Origin: * [select all that apply]	<input type="checkbox"/> Decline to Identify	<input type="checkbox"/> Unknown/Unsure/Not Disclosed	<input type="checkbox"/> No, Not Hispanic/ Latino/ Latina / Latine/ Spanish Origin	
	<input type="checkbox"/> Yes, Argentinian	<input type="checkbox"/> Yes, Chilean	<input type="checkbox"/> Yes, Colombian	
	<input type="checkbox"/> Yes, Cuban	<input type="checkbox"/> Yes, Dominican	<input type="checkbox"/> Yes, Ecuadorian	
	<input type="checkbox"/> Yes, Guatemalan	<input type="checkbox"/> Yes, Honduran	<input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano/a	
	<input type="checkbox"/> Yes, Nicaraguan	<input type="checkbox"/> Yes, Panamanian	<input type="checkbox"/> Yes, Peruvian	
	<input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Yes, Salvadoran	<input type="checkbox"/> Yes, Spaniard+	
	<input type="checkbox"/> Yes, Spanish	<input type="checkbox"/> Yes, Uruguayan	<input type="checkbox"/> Yes, Venezuelan	
	<input type="checkbox"/> Yes, Other Hispanic/Spanish			
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, Very Well	<input type="checkbox"/> Yes, Well	<input type="checkbox"/> No, Not Well	
	<input type="checkbox"/> No, Not at All	<input type="checkbox"/> Decline to Identify		
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 - biological/adoptive parent	<input type="checkbox"/> Relative/guardian	
	<input type="checkbox"/> Single Parent with unrelated partner	<input type="checkbox"/> Blended Family	<input type="checkbox"/> Other	
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"/>	CBITS	<input type="checkbox"/>	Bounce Back
			<input type="checkbox"/>	ARC	<input type="checkbox"/>	CPP
First Clinical Session Date: * Date of first EBP clinical session						

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						
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						
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		
EBP Intake Date: !						
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	