



# TF-CBT Follow Up Forms (Monthly, Periodic, & Discharge)

## Spanish

### Required Forms

1. TF-CBT Monthly Session Form
2. Child's Behavior & Functioning\*  
*Ohio-* Caregiver Report (child 5+)   
*Ohio-* Child Report (child 12+)
3. Chosen Assessment(s) specific to TF-CBT\*

**Note:** *The recommended ongoing assessment for TF-CBT is an age appropriate measure of trauma symptoms. We suggest the CPSS (7+) or YCPC 5 (under 7). These assessments are included in the packet.*

*Alternate or additional measures can be used based on clinical judgment of primary symptom area targeted by treatment*

4. Satisfaction Questionnaire (caregiver or child)\*
5. Client Discharge Face Sheet

**\*Required at periodic and discharge**

## TF-CBT Monthly Session Form

VALIDATION REQUIREMENTS AND SYMBOLS EXPLAINED						
<p><b>!</b> 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.</p> <p><b>*</b> 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.</p> <p>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</p>						
Direct Service Provider User Information						
Clinician First Name:		Clinician Last Name:				
Project Name:						
Child Information						
First Initial of First Name:		First Initial of Last Name:		Date of Birth:		
Child Identification Codes						
Provider Client ID:		PSDCRS ID:				
Session Information						
Was there a visit this month? (Select one)	<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No		
Treatment Components						
<b>Please check all Components Used this month:</b>	<input type="checkbox"/>	Using Measures (administer or share results)	<input type="checkbox"/>	Relaxation	<input type="checkbox"/>	Trauma Narrative Completed
	<input type="checkbox"/>	Case Management (assist with basic needs, collateral contacts with school/DCF, etc.)	<input type="checkbox"/>	Affective Expression	<input type="checkbox"/>	In Vivo Exposure
	<input type="checkbox"/>	Psychoeducation	<input type="checkbox"/>	Cognitive Coping	<input type="checkbox"/>	Conjoint Session (prepping or sharing trauma narratives w/caregiver)
	<input type="checkbox"/>	Parenting Skills	<input type="checkbox"/>	Trauma Narrative	<input type="checkbox"/>	Enhancing Safety
Collaboration						
During this month, did you communicate with the child's:	<input type="checkbox"/>	DCF Worker	<input type="checkbox"/>	Probation officer	<input type="checkbox"/>	Physician
	<input type="checkbox"/>	School	<input type="checkbox"/>	Other		
Collaboration Notes:						

## TF-CBT Monthly Session Form

Functioning						
<b>Compared to the child's condition at the start of TF-CBT, this child's condition is:</b>	<input type="checkbox"/>	Very much improved since the initiation of treatment	<input type="checkbox"/>	Much Improved	<input type="checkbox"/>	Minimally improved
	<input type="checkbox"/>	No change from baseline (the initiation of treatment)	<input type="checkbox"/>	Minimally worse	<input type="checkbox"/>	Much Worse
	<input type="checkbox"/>	Very much worse since the initiation of treatment				
Session Fidelity Checklist						
Session Structure						
<b>Prior to how many sessions this month did you prepare materials or a session plan?</b>	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		
<b>During how many sessions this month was homework assigned or reviewed?</b>	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		
<b>During how many sessions this month were COWS saved for the end of the session?</b>	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		
<b>During how many sessions this month did the child and/or caregiver practice/demonstrate skill(s) in session (behavior rehearsal)?</b>	<input type="checkbox"/>	None (0%)	<input type="checkbox"/>	Some (34-66%)	<input type="checkbox"/>	All (100%)
	<input type="checkbox"/>	A few (1-33%)	<input type="checkbox"/>	Most (67-99%)		

12/5/2019

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

(Suma las calificaciones) Total \_\_\_\_\_

# **Escala de Respuesta OHIO**

## **Determinación de Problemas**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
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

Copyright © Benjamin M. Ogles &amp; Southern Consortium for Children

January 2000 (Parent-2)

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

# **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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Sistema para Evaluar Estados de Salud Mental del Consumidor en Ohio. Determinación de Problemas y Desempeño en Jóvenes.**  
**Evaluación Proveniente del Joven–Formulario Corto (Edades entre 12 y 18 años)**

A large, bold, black letter 'Y' is positioned in the upper right corner of the page.

Instrucciones:	Nunca	Una o dos veces	Varias veces	Con frecuencia	Casi siempre	Todo el tiempo
1. Discutir con los demás	0	1	2	3	4	5
2. Meterse en peleas	0	1	2	3	4	5
3. Gritar o insultar a los demás, usar malas palabras	0	1	2	3	4	5
4. Ataques de ira	0	1	2	3	4	5
5. Rehusar hacer lo que dicen los maestros o los padres	0	1	2	3	4	5
6. Causar problemas sin motivo	0	1	2	3	4	5
7. Consumir drogas o alcohol	0	1	2	3	4	5
8. No cumplir con las reglas o la ley (llegar atrasado, robar)	0	1	2	3	4	5
9. Faltar a la escuela o a las clases	0	1	2	3	4	5
10. Mentir	0	1	2	3	4	5
11. No poder estar quieto, tener demasiada energía	0	1	2	3	4	5
12. Lastimarse o hacerse daño (me corto o me raspo, tomo píldoras)	0	1	2	3	4	5
13. Hablar o pensar sobre la muerte	0	1	2	3	4	5
14. Pensar que no vales nada o no sirves para nada	0	1	2	3	4	5
15. Te sientes solo y no tienes amigos	0	1	2	3	4	5
16. Te sientes inquieto o temeroso	0	1	2	3	4	5
17. Te preocupa que suceda algo malo	0	1	2	3	4	5
18. Te sientes triste o deprimido	0	1	2	3	4	5
19. Tienes pesadillas	0	1	2	3	4	5
20. Problemas para comer	0	1	2	3	4	5

Total \_\_\_\_\_

# **Escala de Respuesta OHIO**

## **Determinación de Problemas**

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

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

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

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

**Sistema para Evaluar Estados de Salud Mental del Consumidor en Ohio.  
Determinación de Problemas y Desempeño en Jóvenes.**  
Evaluación Proveniente del Joven–Formulario Corto (Edades entre 12 y 18 años) continuo

Instrucciones:	Por favor califica el grado en que tus problemas afectan tu actual capacidad para realizar actividades diarias. Lee cada punto y marca con un círculo el número que mejor describe tu situación actual.				
	Problemas extremos	Bastantes problemas	Algunos problemas	Me va bien	Me va muy bien
1. Llevarme bien con mis amigos	0	1	2	3	4
2. Llevarme bien con la familia	0	1	2	3	4
3. Salir o entablar relación con novios o novias	0	1	2	3	4
4. Llevarme bien con los adultos fuera de la familia (maestros, director de la escuela)	0	1	2	3	4
5. Estar pulcro y limpio, lucir bien	0	1	2	3	4
6. Cuidar mi salud y tener hábitos saludables (tomar medicamentos, cepillarme los dientes)	0	1	2	3	4
7. Controlar las emociones y evitar problemas	0	1	2	3	4
8. Sentirme motivado y terminar los proyectos	0	1	2	3	4
9. Participar en pasatiempos (tarjetas de béisbol, monedas, estampillas, dibujo)	0	1	2	3	4
10. Participar en actividades recreativas (deportes, natación, montar bicicleta)	0	1	2	3	4
11. Hacer tareas en la casa (limpiar mi cuarto, otras tareas)	0	1	2	3	4
12. Asistir a la escuela y aprobar las materias	0	1	2	3	4
13. Aprender habilidades que me serán útiles para trabajos futuros	0	1	2	3	4
14. Sentirme bien sobre mí mismo	0	1	2	3	4
15. Pensar con claridad y tomar decisiones acertadas	0	1	2	3	4
16. Concentrarme, prestar atención y terminar las tareas	0	1	2	3	4
17. Ganar dinero y aprender a usarlo con inteligencia	0	1	2	3	4
18. Hacer cosas sin supervisión o restricciones	0	1	2	3	4
19. Aceptar responsabilidad por mis acciones	0	1	2	3	4
20. Capacidad de expresar sentimientos	0	1	2	3	4

Total \_\_\_\_\_

# **Escala de Respuesta OHIO**

## **Desempeño en Jóvenes**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Problemas extremos</b>	<b>Bastantes problemas</b>	<b>Algunos problemas</b>	<b>Le va bien</b>	<b>Le va muy bien</b>

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

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

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

**CPSS – V Child (Spanish)**

Las siguientes preguntas se refieren a cómo te sientes acerca de esas cosas que me contaste previamente que te causan miedo, rabia o tristeza. Escoge el número (0-4) que mejor describe la frecuencia con que estos problemas te han molestado **EN EL MES PASADO**

0	1	2	3	4
Por nada	Una vez a la semana o menos /un poco	2-3 veces a la semana/ Algo	4 - 5 veces a la semana /Mucho	6 o mas veces a la semana / casi siempre

1.	Tienes pensamientos o imágenes sobre esa situación que llegan a tu mente aunque no quisieras pensar en eso.	0	1	2	3	4
2.	Tienes sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3	4
3.	Has actuado o sentido como si esa situación estuviera pasando de nuevo (has escuchado o visto y has sentido como si tú estuvieras otra vez pasando por la misma situación).	0	1	2	3	4
4.	Te sientes molesto/a cuando recuerdas lo que sucedió (por ejemplo sientes miedo, rabia, tristeza, culpa, confusión).	0	1	2	3	4
5.	Tienes sensaciones en tu cuerpo cuando recuerdas lo que sucedió (por ejemplo, sudor, tu corazón palpitando rápido, dolor de estómago o de cabeza).	0	1	2	3	4
6.	Tratas de no pensar sobre eso o de tener sentimientos acerca del tema.	0	1	2	3	4
7.	Tratas de evitar cualquier cosa que te recuerda lo que sucedió (personas, lugares, conversaciones sobre lo que sucedió).	0	1	2	3	4
8.	No puedes recordar una parte importante de lo que sucedió.	0	1	2	3	4
9.	Tienes malos pensamientos acerca de ti mismo/a, o acerca de otras personas, o acerca del mundo (por ejemplo, "Yo no puedo hacer nada bien", "Todas las personas son malas", "El mundo es un lugar peligroso").	0	1	2	3	4
10.	Te culpas a ti mismo/a por lo que sucedió (por ejemplo, "Yo debería saber mejor", "no debería haber hecho eso", "me lo merecía").	0	1	2	3	4
11.	Tienes sentimientos malos o negativos de manera fuerte (como temor, rabia, culpa o vergüenza).	0	1	2	3	4
12.	Tienes mucho menos interés en hacer cosas que antes hacías.	0	1	2	3	4
13.	No te sientes cercano/a a las personas a tu alrededor como tus amigos/as o familia, o no quieres estar alrededor de ellos/as.	0	1	2	3	4
14.	Te es difícil tener sentimientos buenos o positivos (como felicidad o amor) o tener cualquier sentimiento en absoluto.	0	1	2	3	4
15.	Te enojas con facilidad (por ejemplo, gritas, golpeas a otras personas, tiras cosas).	0	1	2	3	4
16.	Haces cosas que te pueden hacer daño (por ejemplo, utilizas drogas, tomas alcohol, huir de la casa, cortarte a ti mismo/a).	0	1	2	3	4
17.	Has estado demasiado cuidadoso/a o atento/a a situaciones de peligro, (por ejemplo, mirando quién y qué está a tu alrededor).	0	1	2	3	4
18.	Estás nervioso/a o asustado/a fácilmente (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de ti, cuando escuchas un ruido fuerte).	0	1	2	3	4
19.	Tienes dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algún programa de televisión, te olvidas de lo que leíste, o no prestas atención en clase).	0	1	2	3	4
20.	Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido/a.	0	1	2	3	4

# CPSS – 5 Escala de Respuesta

0	1	2	3	4
Por nada o menos/ Un poco	Una vez a la semana o menos/ Un poco	2-3 veces a la semana/ Algo	4-5 veces a la semana/ Mucho	6 o más veces a la semana/ Casi siempre

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

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

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

**CPSS - V Caregiver Report (Spanish)**

Yo leeré cada frase/punto. Usted me dirá el número que mejor describa la frecuencia con la que, lo que está detallado en cada frase/punto, le ha causado molestias a su niño(a) **EN EL MES PASADO.**

0	1	2	3	4
Para nada	Una vez por semana o menos/un poco	2 a 3 veces por semana/Algo	4 a 5 veces a la semana/Mucho	6 o más veces por semana/casi siempre

1.	¿Su niño(a) tuvo pensamientos o imágenes relacionados con la experiencia/evento que le vinieron a la mente aun cuando él/ella no lo quisiera?	0	1	2	3	4
2.	¿Su niño(a) tuvo malos sueños o pesadillas?	0	1	2	3	4
3.	¿Su niño(a) actuó o sintió como si la experiencia/evento estuviese ocurriendo nuevamente (por ejemplo, cuando vió o escuchó algo relacionado con el evento, sintió como si estuviera allí nuevamente)?	0	1	2	3	4
4.	¿Su niño(a) se sintió perturbado(a)/incómodo(a) cuando se le recordó acerca de lo que pasó (por ejemplo, se sintió asustado(a), enojado(a), triste, culpable, confundido(a))?	0	1	2	3	4
5.	¿Su niño(a) tuvo sensaciones en el cuerpo cuando se le recordó acerca de lo que pasó (por ejemplo, comenzó a sudar repentinamente, se le aceleraron los latidos del corazón)?	0	1	2	3	4
6.	¿Su niño(a) trató de no pensar, hablar, o tener sentimientos relacionados con la experiencia?	0	1	2	3	4
7.	¿Su niño(a) trató de evitar actividades, personas o lugares que le recordaran lo que pasó?	0	1	2	3	4
8.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para recordar una parte importante de la experiencia?	0	1	2	3	4
9.	¿Su niño(a) tuvo pensamientos negativos acerca de sí mismo(a), otras personas o acerca del mundo (por ejemplo, “no puedo hacer nada bien”, “todas las personas son malas”, “el mundo es un lugar peligroso”)?	0	1	2	3	4
10.	¿Su niño(a) sintió que lo que pasó fue su culpa (por ejemplo, “debería haberlo sabido mejor”, “no debería haber hecho eso”)?	0	1	2	3	4
11.	¿Su niño(a) tuvo fuertes/intensos sentimientos incómodos/perturbadores (como miedo, enojo, culpa o vergüenza, etc.)?	0	1	2	3	4
12.	¿Su niño(a) tuvo mucho menos interés en hacer cosas que antes le gustaban?	0	1	2	3	4
13.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para sentirse cercano(a) a las personas? ¿Su niño(a) sintió como si no quisiera estar alrededor de otras personas?	0	1	2	3	4
14.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para experimentar/tener sentimientos positivos (como felicidad o amor)?	0	1	2	3	4
15.	¿Su niño(a) se enojó fácilmente (por ejemplo, gritó, pegó a otras personas, aventó/tiró cosas)?	0	1	2	3	4
16.	¿Su niño(a) hizo algo para tratar de lastimarse (por ejemplo, usó drogas o se escapó de la casa)?	0	1	2	3	4
17.	¿Su niño(a) estuvo actuando de manera extremadamente cuidadosa o precavida (por ejemplo, estuvo constantemente atento o revisando quién o qué estaba cerca de él/ella)?	0	1	2	3	4
18.	¿Su niño(a) estuvo nervioso(a) o se sobresaltó fácilmente (por ejemplo, cuando alguien caminó detrás de él/ella, cuando él/ella escuchó un sonido fuerte)?	0	1	2	3	4
19.	¿Su niño(a) tuvo problemas para concentrarse (por ejemplo, perdió el hilo de una historia en la televisión, olvidó lo que leyó, no pudo prestar atención en la clase)?	0	1	2	3	4
20.	¿Su niño(a) tuvo dificultades para dormirse o dormir toda la noche?	0	1	2	3	4

Adapted from Foa, E.B.; Johnson, K.M., & Treadwell, K.R.H. The Child PTSD Symptom Scale for DSM 5 (2014)

# **Child PTSD Symptom Scale**

**0**

Para  
nada/En lo  
absoluto

**1**

Una vez por  
semana o  
menos/un  
poco

**2**

2 a 3 veces  
por  
semana/de  
vez en cuando

**3**

4 a 5 veces a  
la semana/a  
menudo

**4**

6 o más veces  
por  
semana/casi  
siempre

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 SIGUIENTE 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## 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:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

# Discharge Facesheet (MATCH-ADTC & TF-CBT)

! 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:	
Project:		Treatment Model Site:	

## Child Information

Grade (current): *			
--------------------	--	--	--

## Child Identification Codes

Provider's Unique Client ID:			PSDCRS ID:	
Which EBP?	<input type="checkbox"/>	MATCH-ADTC	<input type="checkbox"/>	TF-CBT

## Discharge Information

How many visits during this case:		Discharge Date: * _____ / _____ / _____
% of the total time spent with the child ONLY during this case:		The total time spent for these three % questions should equal 100%
% of the total time spent with the caregiver ONLY during this case:		The total time spent for these three % questions should equal 100%
% of the total time spent with the child and caregiver TOGETHER during this case:		The total time spent for these three % questions should equal 100%

CGI: <b>Considering your experience, how severe are the child's emotional, behavioral, and/or cognitive concerns at the Discharge? (Circle one): *</b>	Normal  Slightly Severe  Mildly Severe  Moderately Severe  Markedly Severe  Very Severe  Among the most severe symptoms that any child may experience	CGI: <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):					

## Discharge Facesheet (MATCH-ADTC & TF-CBT)

### 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: DCF Regional Office:	<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
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

### Treatment Information: School

#### Since 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

#### Since 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

## Discharge Facesheet (MATCH-ADTC & TF-CBT)

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

Rev 6/30/2020