

## Trauma Screen + CPSS - Caregiver Completed

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Parte 1

**Muchos niños pasan por eventos espantosos o estresantes. Abajo es una lista de eventos espantosos o estresantes que pueden suceder. Porfavor de contestar las preguntas lo mejor que puede. Marca SI, si es que el evento le sucedio a su hijo/a. Marca NO, si el evento no le sucedio a su hijo/a**

1. Desastre natural que fue grave, como un inundación, tornado, huracán, terremoto o incendio/lumbre.  Si  No
2. Accidente grave o herida seria casuado por un choque de autos o bicicletas, ser mordido por un perro, o herida causado por jugando un deporte  Si  No
3. Ser robado con amenaza, fuerza o arma.  Si  No
4. Cacheteado/a, puñeteado/a o golpeado/a por un familiar.  Si  No
5. Cacheteado/a, puñeteado/a o golpeado/a por alguien desconocido  Si  No
6. Ver un familiar ser cacheteado/a o, puñeteado/a o golpeado/a.  Si  No
7. Ver alguien en tu comunidad ser cacheteado/a o, puñeteado/a o golpeado/a.  Si  No
8. Ser tocado por un adulto o alguien mayor en tus partes sexuales/ privadas cuando no debieron  Si  No
9. Ser forzado/a o presionado/a en tener sexo o en un tiempo en cuando no pudiste decir no.  Si  No
10. Un familiar o persona cercana moriendose de repente o de una manera violenta.  Si  No
11. Ser atacado, cucheteado, disparado o lastimado gravemente.  Si  No
12. Ver alguien ser atacado, cucheteado, disparado, lastimado gravemente, o matado.  Si  No
13. Procedimiento médico estresante o atemorizante.  Si  No
14. Estar al rededor de una guerra.  Si  No
15. Algun otro evento estresante o espantoso?  Si  No

Describe: \_\_\_\_\_

Cual de estos eventos molesta mas a su hijo/a? \_\_\_\_\_

Si contestaste **NO** a las preguntas arriba, **PARA**. Si es que contestaste **SI** para algunas de las preguntas arriba, porfavor contesta las siguientes preguntas

Que es lo que sintio su hijo/a cuando sucedio este evento?

- Miedo que moriera o que fuera gravemente herido.  Si  No
- Miedo que alguien mas moriera o fuera lastimado.  Si  No
- Sin poder ayudarse a si mismo/a  Si  No
- Verguenza o asco.  Si  No

**Si es que contesto SI para alguna de las preguntas 1 a 15, porfavor de contestar las preguntas de los dos lados de este cuestionario.**

**Child PTSD Symptom Scale CPSS (4-17 years) Caregiver Completed**

Coloque cuantas veces su hijo/a a sido molestado por las siguientes cosas en los últimos dos Semanas. Las opciones son :

- 0 = Nunca
- 1 = De vez en cuando
- 2 = La mitad del tiempo
- 3 = Casi siempre

1. Su hijo/a ha tenido, sin querer, pensamientos o imagenes molestas sobre el evento	0	1	2	3
2. Su hijo/a ha tenido sueños malos o pesadillas.	0	1	2	3
3. Su hijo/a ha actuado o ha sentido como si el evento estuviera pasando de nuevo.	0	1	2	3
4. Su hijo/a se ha sentido mal cuando piensa o escucha algo sobre el evento (por ejemplo: sintiéndose asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	0	1	2	3
5. Su hijo/a ha tenido sensaciones en su cuerpo cuando piensa o escucha algo acerca del evento (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	0	1	2	3
6. Su hijo/a ha tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del evento.	0	1	2	3
7. Su hijo/a ha tratado de evadir actividades, personas, o lugares que le hacen recordar el evento (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela).	0	1	2	3
8. Su hijo/a ha tenido dificultad en recordar una parte importante del evento.	0	1	2	3
9. Su hijo/a ha tenido mucho menos interés o no a hecho las cosas que acostumbraba hacer.	0	1	2	3
10. Su hijo/a ha tenido dificultad en sentirse cercano a las personas que están a su alrededor.	0	1	2	3
11. Su hijo/a ha tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (no poder llorar o sentirse muy feliz).	0	1	2	3
12. Su hijo/a se ha sentido como si sus planes del futuro o sus esperanzas no se harán realidad	0	1	2	3
13. Su hijo/a ha tenido dificultad en quedarse o mantenerse dormido(a).	0	1	2	3
14. Su hijo/a se ha sentido irritable o a tenido momentos de enojo.	0	1	2	3
15. Su hijo/a ha tenido dificultad en concentrarse.	0	1	2	3
16. Su hijo/a ha estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a).	0	1	2	3
17. Su hijo/a se ha asustado facilmente ó se ha sorprendido/a facilmente.	0	1	2	3

**Ahora dí si los problemas que acabas de mencionar en la Parte 1 te han molestado con las siguientes cosas. Marque [Si] o [No].**

- |                                       |   |                                    |   |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|---|
| 1. Cuándo reza                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 5. Tarea de la escuela             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Que haceres y obligaciones en casa | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 6. En llevarse bien con la familia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 3. Llevarse bien con sus amigos(as)   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 7. Ser feliz con su vida           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 4. Hacer cosas divertidas/ de gusto   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                                    |   |