

# Pediatric Traumatic Stress Screening Tool

## 6 – 10 años

A veces a las personas les pasan cosas **violentas** o que les da **mucho miedo** o que les **perturba**. Esto podría ser algo que le pasó a su niño o algo que su niño vio. Puede incluir estar herido de gravedad, alguien haciendo algo malo a su niño o a alguien más, o un accidente o enfermedad grave.

¿Le ha pasado algo así a su niño **recientemente**?  Sí  No

Si la respuesta es 'sí' ¿qué le pasó? \_\_\_\_\_

¿Le ha pasado algo así a su niño **en el pasado**?  Sí  No

Si la respuesta es 'sí' ¿qué le pasó? \_\_\_\_\_

**Si la respuesta es 'sí' para cualquiera de las preguntas de arriba, por favor continúe con la siguiente sección.**

CALENDARIO DE CALIFICACIÓN DE FRECUENCIA



Seleccione con qué frecuencia su niño ha tenido el problema en el último mes. Use los calendarios de frecuencia a la derecha para ayudarlo a decidir.

Por cuánto tiempo durante el mes pasado...		Nada	Poco	Algo	Mucho	La mayoría
1	Mi niño tiene pesadillas sobre lo que sucedió u otros sueños feos.	0	1	2	3	4
2	Mi niño tiene problemas para dormir, se despierta a menudo, o tiene problemas para volver a dormir.	0	1	2	3	4
3	A mi niño le vienen a la mente pensamientos perturbadores, imágenes, o sonidos de lo que pasó cuando no desea tenerlos.	0	1	2	3	4
4	Cuando algo le recuerda a mi niño lo que pasó, tiene sentimientos fuertes en su cuerpo, como latidos rápidos de corazón, dolores de cabeza o de estómago.	0	1	2	3	4
5	Cuando algo le recuerda a mi niño lo que pasó, se molesta mucho, le da miedo, o se pone triste.	0	1	2	3	4
6	Mi niño tiene problemas para concentrarse o poner atención.	0	1	2	3	4
7	Mi niño se enoja fácilmente o discute o tiene peleas físicas.	0	1	2	3	4
8	Mi niño trata de mantenerse alejado de personas, lugares, o cosas que le recuerden a lo que pasó.	0	1	2	3	4
9	Mi niño tiene problemas para sentir felicidad o amor.	0	1	2	3	4
10	Mi niño trata de no pensar o tener sentimientos sobre lo que pasó.	0	1	2	3	4
11	Mi niño tiene pensamientos como "nunca podré confiar en otras personas".	0	1	2	3	4
12	Mi niño se siente solo aún cuando está rodeado de otras personas.	0	1	2	3	4
13	*Durante las 2 últimas semanas, ¿cuán a menudo su niño ha tenido pensamientos que estaría mejor muerto o de hacerse daño de alguna manera?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	

\*Adapted from Patient Health Questionnaire (PHQ-C)

### Clinicians, please indicate actions taken:

No Action Taken

#### Referrals: (check all that apply)

- Child Protection (DCFS/CPS)
- Crisis Evaluation/Emergency Department
- Trauma Evidence-Based Treatment
- Mental Health Integration (MHI)

#### In-office Interventions: (check all that apply)

- Sleep Education
- Belly Breathing
- Guided Imagery
- Progressive Muscle Relaxation

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient DOB: \_\_\_\_\_ EMPI: \_\_\_\_\_