

Pediatric Traumatic Stress Screening Tool

6–10 years of age

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? _____

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.

CALENDARIO DE CALIFICACIÓN DE FRECUENCIA



Por cuánto tiempo durante el mes pasado...		Nada	Poco	Algo	Mucho	La mayoría
1	Mi niño ha tenido pesadillas de 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 sucedió 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 palpitaciones cardíacas rápidas, dolores de cabeza o de estómago.	0	1	2	3	4
5	Cuando algo le recuerda a mi niño lo que pasó, se enoja, 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 cosa 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: _____