

Pediatric Traumatic Stress Screening Tool

11 años y mayores

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

¿Te ha pasado algo así **recientemente**? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es 'sí' ¿qué te pasó? _____

¿Te ha pasado algo así **en el pasado**? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es 'sí' ¿qué te pasó? _____

Selecciona con qué frecuencia has tenido el problema en el último mes. Usa los calendarios de frecuencia a la derecha para ayudarte a decidir.

CALENDARIO DE CALIFICACIÓN DE FRECUENCIA



Por cuánto tiempo durante el mes pasado...		Nada	Poco	Algo	Mucho	La mayoría
1	Tengo pesadillas sobre lo que sucedió u otros sueños feos.	0	1	2	3	4
2	Tengo problemas para dormir, me despierto a menudo, o tengo problemas para volverme a dormir.	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, imágenes, o sonidos desagradables sobre lo que pasó, vienen a mi mente aún cuando no quiero que lo hagan.	0	1	2	3	4
4	Cuando algo me recuerda a lo que pasó, tengo sentimientos fuertes en mi cuerpo, como latidos rápidos de mi corazón, dolor de cabeza o de estómago.	0	1	2	3	4
5	Cuando algo me hace recordar a lo que pasó me molesto mucho, me da miedo, o me pongo triste.	0	1	2	3	4
6	Tengo problemas para concentrarse o poner atención.	0	1	2	3	4
7	Me enoja fácilmente o me meto en discusiones o peleas físicas.	0	1	2	3	4
8	Trato de mantenerme alejado de personas, lugares, o cosas que me recuerdan a lo que pasó.	0	1	2	3	4
9	Tengo problemas para sentir felicidad o amor.	0	1	2	3	4
10	Trato de no pensar o tener sentimientos acerca de lo que pasó.	0	1	2	3	4
11	Tengo pensamientos como "Nunca podré confiar en otras personas".	0	1	2	3	4
12	Me siento solo aún cuando estoy rodeado de otras personas.	0	1	2	3	4
13	*Durante las 2 últimas semanas, ¿cuán a menudo has tenido pensamientos que estarías mejor muerto o de hacerte 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-A)

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: _____