



CENTER FOR CHILD
& FAMILY HEALTH

ARC Assessment Measures for CAREGIVER Age 7

(Spanish)

Cuestionario para Cuidadores de CCFH

Este paquete contiene una encuesta que hace preguntas a los cuidadores sobre ellos mismos. Todas estas preguntas son voluntarias – completar esta encuesta es voluntario y puede omitirse cualquier ítem individual.

¿Por qué estamos solicitando esta información?

Adoptamos un enfoque de la familia para el tratamiento, lo que significa que reconocemos el papel crítico de los cuidadores. Nos asociamos con cuidadores para proveer el tratamiento de su hijo. Sabemos que los cuidadores pueden verse afectados por sus propias experiencias, incluyendo experiencias que fueron peligrosas o violentas. La crianza de los hijos es desafiante incluso en las mejores circunstancias y el bienestar del cuidador puede afectar a los niños. Deseamos asegurarnos de que los cuidadores también reciban el apoyo que necesitan.

¿Qué se hará con los resultados de esta encuesta?

Esta encuesta detecta problemas de salud y nos ayuda a saber más acerca de cómo apoyar mejor a las familias a las que servimos. El objetivo de hacer estas preguntas no es dar a los cuidadores un diagnóstico de salud mental. Si la encuesta indica que un cuidador podría beneficiarse de los servicios, conversaremos los recursos. Los cuidadores son libres de tomar sus propias decisiones sobre cualquier derivación o servicios adicionales que se les pueda ofrecer. Esta encuesta no se guardará como parte de un registro médico electrónico.

No estamos obligados a informar abuso o negligencia basados únicamente en sus respuestas a estos ítems. No obstante, si divulga una preocupación de seguridad seria para su hijo, la ley puede requerir que hagamos un informe a los Servicios de Protección Infantil.

Cuestionario para Cuidadores de CCFH

Sección 1

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3	
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3	
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3	
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3	
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3	
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3	
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3	
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3	
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3	
Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?					
No ha sido difícil		Un poco difícil		Muy difícil	Extremadamente difícil

Sección 2

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3	
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3	
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3	
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3	
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3	
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3	
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3	
Si marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tanta <u>dificultad</u> le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?					
No ha sido difícil		Un poco difícil		Muy difícil	Extremadamente difícil

Cuestionario para Cuidadores de CCFH

Sección 3

Cuando era niño o adolescente, ¿experimentó alguno de los siguientes?			
1. Ser golpeado, abofeteado, asfixiado, quemado o dado una paliza por un padre o cuidador	Si	No	No seguro
2. Le han hecho o ha sido presionado a tener cualquier tipo de contacto sexual	Si	No	No seguro
3. Ser humillado, avergonzado, ignorado con frecuencia o repetidamente le dijeron que "no era bueno" por un padre o cuidador	Si	No	No seguro
4. No ser alimentado, vestido adecuadamente o ser dejado a cuidarse solo cuando era demasiado pequeño o estaba enfermo	Si	No	No seguro
5. Estar separado de los padres o cuidadores durante mucho tiempo (por ejemplo, entrar a un orfanato, ser adoptado, o ser criado por un pariente)	Si	No	No seguro
6. Fallecimiento de alguien de su familia inmediata (por ejemplo, un cuidador o hermano)	Si	No	No seguro
7. Ver violencia entre miembros de la familia (por ejemplo, golpear, patear, abofetear, pegar de puño)	Si	No	No seguro
8. Que le haya sucedido algo aterrador o violento debido a su identidad (por ejemplo, su raza/etnia, género u orientación sexual)	Si	No	No seguro
9. Tener una experiencia aterradora o violenta al inmigrar a un país nuevo o vivir en un campo de refugiados	Si	No	No seguro
10. Cualquier otra cosa que fuera aterradora, peligrosa o violenta	Si	No	No seguro

Como adulto, ¿experimentó alguno de los siguientes?			
1. Ser testigo o víctima de violencia o lesiones físicas graves	Si	No	No seguro
2. Le han hecho o ha sido presionado a tener algún tipo de contacto sexual no deseado	Si	No	No seguro
3. Ser golpeado, amenazado, insultado, o gritado por una pareja o adulto en su hogar	Si	No	No seguro
4. Que le haya sucedido algo aterrador o violento debido a su identidad (por ejemplo, su raza/etnicidad, género u orientación sexual)	Si	No	No seguro
5. Tener una experiencia aterradora o violenta al inmigrar a un país nuevo o vivir en un campo de refugiados	Si	No	No seguro
6. Fallecimiento de familia o amigos cercanos	Si	No	No seguro
7. Pérdida de un hijo (nacido, no nacido, interrupción de adopción/cuidado de crianza)	Si	No	No seguro
8. Cualquier otra cosa que fuera aterradora, peligrosa o violenta	Si	No	No seguro

Sección 4

Al pensar en el uso de drogas, incluyendo el uso de drogas ilícitas y el uso de medicamentos con receta que no sean los recetados:		
1. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir su consumo de alcohol o de drogas?	Si	No
2. ¿Le ha molestado que las personas le critiquen su consumo de alcohol o drogas?	Si	No
3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su consumo de alcohol o drogas?	Si	No
4. ¿Alguna vez ha tomado o usado drogas a primera hora de la mañana para calmar sus nervios o deshacerse de una resaca?	Si	No

Caregiver Screening - Section 5

	Not at all	A little	Somewhat	Moderately so	Very much so
I get/feel easily irritated with my children.	0	1	2	3	4
I feel that I am not the good caregiver that I used to be to my children.	0	1	2	3	4
I wake up exhausted at the thought of another day with my children.	0	1	2	3	4
I find joy in parenting my children.	4	3	2	1	0
I have guilt about being a working caregiver, which affects how I parent my children.	0	1	2	3	4
I feel like I am in survival model as a caregiver.	0	1	2	3	4
Parenting my children is stressful.	0	1	2	3	4
I lose my temper easily with my children.	0	1	2	3	4
I feel overwhelmed trying to balance my job and parenting responsibilities.	0	1	2	3	4
I am doing a good job being a caregiver.	4	3	2	1	0

CCFH Caregiver Questionnaire Scoring

Depression Screening- Section 1 *(Adapted from the PHQ-9: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB., 2001)*

Count the number (#) of boxes checked in a column. Multiply that number by the value indicated below, then add the subtotal to produce a total score. The possible range is 0-27.

Not at all	(#)	x0	=	
Some days	(#)	x1	=	
More than half the days	(#)	x2	=	
Nearly every day	(#)	x3	=	
Total score:				

Interpret the total score based on clinical judgement and the following guidelines:

PHQ-9 Score	Depression Severity
0-4	None-minimal
5-9	Mild
10-14	Moderate
15-19	Moderately Severe
20-27	Severe

Anxiety Screening- Section 2 *(Adapted from the GAD-7: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B., 2006)*

Count the number (#) of boxes checked in a column. Multiply that number by the value indicated below, then add the subtotal to produce a total score. The possible range is 0-21.

Not at all	(#)	x0	=	
Some days	(#)	x1	=	
More than half the days	(#)	x2	=	
Nearly every day	(#)	x3	=	
Total score:				

Interpret the total score based on clinical judgement and the following guidelines:

GAD-7 Score	Anxiety Severity
0-4	None-minimal
5-9	Mild
10-14	Moderate
15-21	Severe

Trauma Screening- Section 3

If caregiver endorses any trauma experience you think might have bearing on their child's treatment

- Normalize their experiences
- Check with them to see how much the experience is still bothering them- do they feel like they've gotten the help they need, or would they like additional resources?
- Offer for them to complete the PCL-C, which is a 17-item measure of PTSD symptoms
- If they would like referrals, look for providers with training on adult trauma treatment

Substance Use Screening- Section 4 *(Adapted from the CAGE-AID: Brown RL, Rounds LA. 1995)*

Two positive responses are considered a positive test and indicate further assessment is warranted.

Caregiver Burnout Screening - Section 5 (Scale Copyright, Kate Gawlik and Bernadette

Mazurek Melnyk, 2021)

Scoring:

- For all questions except items 4 and 10, use these point values:
 - Not at all = 0 points
 - A little = 1 point
 - Somewhat = 2 points
 - Moderately so = 3 points
 - Very much so = 4 points
- Questions 4 and 10 use reverse scoring. Use these point values for questions 4 and 10:
 - Not at all = 4 points
 - A little = 3 points
 - Somewhat = 2 points
 - Moderately so = 1 point
 - Very much so = 0 points
- Add all the point values together for a final score.

Interpreting the Results:

- 0-10 Points: No or few signs of burnout
- 11-20 Points: Mild burnout
- 21-30 Points: Moderate burnout
- 31+ Points: Severe burnout

PROMIS[®] Early Childhood Caregiver-Report

Social Relationships – Child-Caregiver Interactions

Please respond to each question or statement by marking one box per row.

In the past 7 days

		Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
1	My child was good at expressing his/her needs to me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	My child was affectionate with me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	My child sought comfort from me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	My child came to me or other parent for help when he/she needed it	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	My child was excited to spend time with me or other parent	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Scoring for PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report

To score a section of the PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report:

1. Add the points of each item in the section to get a Raw Summed Score.
2. Use the appropriate conversion table to obtain a T-Score.

Interpreting the PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report

For most PROMIS instruments, a T-Score of 50 is the average for the United States general population with a standard deviation of 10 because calibration testing was performed on a large sample of the general population.

Important: A higher PROMIS T-Score represents more of the concept being measured. Thus, a child who has a T- Score of 60 for Social Relationships is one standard deviation **better** than the general population on that concept. By comparison, a Social Relationships T-score of 40 is one SD **worse** than average.

PROMIS Early Childhood Social Relationships – Caregiver-Report

Client Nickname: _____

Date of Administration: _____

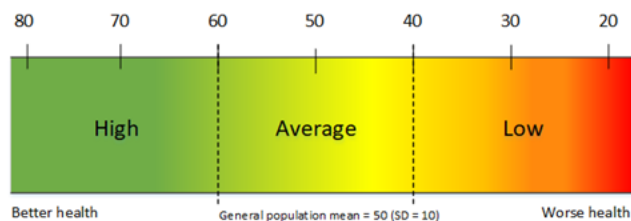
PROMIS Section	Raw Summed Score	T-Score	Interpretation
Early Childhood Social Relationships			

PROMIS Early Childhood Social Relationships Scoring

Add all the point values together for a raw score. Use the table below to find the T-score.

PROMIS Early Childhood Parent Report Bank v1.0 – Social Relationships – Child-Caregiver Interactions – Short Form 5a		
<i>Short Form Conversion Table</i>		
Raw Summed Score	T-Score	SE*
5	12.0	4.9
6	13.9	5.3
7	15.9	5.6
8	18.0	5.7
9	20.2	5.8
10	22.4	5.8
11	24.5	5.8
12	26.7	5.8
13	28.9	5.8
14	31.0	5.8
15	33.2	5.8
16	35.5	5.8
17	37.7	5.8
18	40.1	5.8
19	42.6	5.9
20	45.3	6.0
21	48.2	6.1
22	51.3	6.2
23	54.6	6.4
24	58.3	6.6

Provisional PROMIS® T-Score Cut Points



PROMIS[®] Pediatric Scale - Caregiver-Report

Section 1 – Anger

Please respond to each question or statement by marking one box per row.

In the past 7 days...

		Never	Almost Never	Sometimes	Often	Almost Always
1	My child felt mad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	My child was so angry he/she felt like yelling at somebody	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	My child was so angry he/she felt like throwing something.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	My child felt upset.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	When my child got mad, he/she stayed mad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROMIS[®] Pediatric Scales - Caregiver-Report

Section 2 – Anxiety

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días		Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1	Mi niño/a se sintió nervioso/a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Mi niño/a sintió miedo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Mi niño/a se sintió preocupado/a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Mi niño/a sintió como si algo terrible pudiera pasar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Mi niño/a se preocupó cuando estaba en casa.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	Mi niño/a se asustó con mucha facilidad...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7	Mi niño/a se preocupó por lo que podría pasarle.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8	Mi niño/a se preocupó al acostarse por las noches.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROMIS[®] Pediatric Scales - Caregiver-Report

Section 3 – Depressive Symptoms

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

En los últimos 7 días...		Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1	Mi niño/a no pudo dejar de sentirse triste. .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2	Mi niño/a sintió que todo le salía mal en la vida.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3	Mi niño/a sintió que no podía hacer nada bien.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4	Mi niño/a se sintió solo/a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5	Mi niño/a se sintió triste.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6	A mi niño/a le fue difícil divertirse.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

PROMIS[®] Pediatric Scales - Caregiver-Report

Section 4 – Cognitive Function

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.

Durante las últimas 4 semanas...		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1	Su hijo/a tiene que usar listas escritas más a menudo que otras personas de su edad para no olvidarse de las cosas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
2	Es difícil para su hijo/a prestar atención a una cosa durante más de 5 a 10 minutos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3	Su hijo/a tiene problemas para recordar lo que está haciendo si lo/a interrumpen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
4	Su hijo/a tiene que leer las cosas varias veces para entenderlas	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
5	A su hijo/a se le olvidan las cosas con facilidad	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6	Su hijo/a tiene que hacer mucho esfuerzo para prestar atención, o de lo contrario comete errores	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7	Su hijo/a tiene problemas para acordarse de hacer las cosas, como proyectos escolares o tareas en casa	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Scoring for PROMIS Pediatric Measures – Caregiver-Report

To score a section of the PROMIS Pediatric Measures – Caregiver-Report:

1. Add the points of each item in the section to get a Raw Summed Score.
2. Use the appropriate conversion table to obtain a T-Score.

Interpreting the PROMIS Pediatric Measures – Caregiver-Report

For most PROMIS instruments, a T-Score of 50 is the average for the United States general population with a standard deviation of 10 because calibration testing was performed on a large sample of the general population. You can read more about the calibration and centering samples on HealthMeasures.net (<http://www.healthmeasures.net/score-and-interpret/interpret-scores/promis>). The T-score is provided with an error term (Standard Error or SE). The Standard Error is a statistical measure of variance and represents the “margin of error” for the T-score.

Important: A higher PROMIS T-Score represents more of the concept being measured. Thus, a child who has a T- Score of 60 for Social Relationships, Family Relationships or Peer Relationships is one standard deviation **better** than the general population on that concept. By comparison, a Social Relationships, Family Relationships or Peer Relationships T-score of 40 is one SD **worse** than average.

PROMIS Pediatric Measures – Caregiver-Report

Client Nickname: _____

Date of Administration: _____

PROMIS Section	Raw Summed Score	T-Score	Interpretation
1. Anger			
2. Anxiety			
3. Depressive Symptoms			
4. Cognitive Function			



PROMIS Pediatric Scales - Caregiver-Report Section 1 – Anger		
<i>Short Form Conversion Table</i>		
Raw Summed Score	T-score	SE*
5	37.2	5.7
6	43.6	3.8
7	47.4	3.1
8	50.3	2.7
9	52.5	2.5
10	54.4	2.5
11	56.2	2.4
12	58.0	2.5
13	59.9	2.5
14	61.7	2.5
15	63.7	2.6
16	65.8	2.6
17	67.9	2.6
18	69.8	2.6
19	71.7	2.6
20	73.6	2.6
21	75.6	2.6
22	77.6	2.6
23	79.7	2.6
24	81.9	2.8
25	84.5	2.8

*SE = Standard Error on T-score metric

PROMIS Pediatric Scales - Caregiver- Report Section 2 – Anxiety		
<i>Short Form Conversion Table</i>		
Raw Summed Score	T-score	SE*
8	38.8	5.8
9	45.2	3.5
10	48.0	2.8
11	49.9	2.5
12	51.5	2.2
13	52.8	2.1
14	54.0	2.1
15	55.2	2.0
16	56.3	2.0
17	57.3	2.0
18	58.4	2.0
19	59.4	2.0
20	60.4	2.0
21	61.4	2.0
22	62.5	2.0
23	63.4	2.0
24	64.4	2.0
25	65.3	2.0
26	66.3	2.0
27	67.2	2.0
28	68.1	2.0
29	69.0	2.0
30	69.9	2.0
31	70.8	1.9
32	71.7	1.9
33	72.6	2.0
34	73.5	2.0
35	74.5	2.0
36	75.6	2.1
37	76.8	2.2
38	78.2	2.4
39	80.0	2.6
40	82.7	3.0

*SE = Standard Error on T-score metric

PROMIS Pediatric Scales - Caregiver- Report Section 3 – Depressive Symptoms		
<i>Short Form Conversion Table</i>		
Raw Summed Score	T-score	SE*
6	40.8	6.2
7	48.2	3.5
8	51.1	2.9
9	53.2	2.5
10	54.9	2.4
11	56.4	2.3
12	57.9	2.2
13	59.2	2.2
14	60.6	2.2
15	61.9	2.2
16	63.2	2.2
17	64.6	2.2
18	65.9	2.2
19	67.1	2.2
20	68.3	2.2
21	69.6	2.2
22	70.7	2.1
23	71.9	2.1
24	73.0	2.1
25	74.2	2.1
26	75.4	2.2
27	76.7	2.3
28	78.2	2.5
29	79.8	2.6
30	82.7	3.1

*SE = Standard Error on T-score metric

PROMIS Pediatric Scales - Caregiver-Report Section 4 - Cognitive Function		
<i>Short Form Conversion Table</i>		
Raw Score	T-Score	SE*
7	22.3	3.9
8	25.9	2.8
9	27.8	2.5
10	29.3	2.3
11	30.6	2.2
12	31.8	2.1
13	32.9	2.1
14	34.0	2.1
15	35.0	2.1
16	35.9	2.1
17	36.9	2.1
18	37.8	2.0
19	38.7	2.0
20	39.7	2.0
21	40.6	2.0
22	41.5	2.0
23	42.4	2.1
24	43.4	2.1
25	44.4	2.1
26	45.4	2.1
27	46.5	2.1
28	47.6	2.2
29	48.7	2.2
30	50.0	2.2
31	51.3	2.3
32	52.9	2.4
33	54.7	2.7
34	57.2	3.2
35	63.0	5.4
*SE= Standard Error on T-score metric		

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) - Caregiver Report (Ages 7-17 years)

Child's Name: _____

Date: _____

Caregiver Name: _____

Stressful or scary events happen to many children. Below is a list of stressful and scary events that sometimes happen. Mark YES if it happened to the child to the best of your knowledge. Mark No if it didn't happen to the child.

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Serious natural disaster like a flood, tornado, hurricane, earthquake, or fire. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Serious accident or injury like a car/bike crash, dog bite, sports injury. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Robbed by threat, force or weapon. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Slapped, punched, or beat up in the family. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Slapped, punched, or beat up by someone not in the family. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Seeing someone in the family get slapped, punched or beat up. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Seeing someone in the community get slapped, punched or beat up. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Someone older touching his/her private parts when they shouldn't. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Someone forcing or pressuring sex, or when s/h e couldn't say no. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 10. Someone close to the child dying suddenly or violently. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 11. Attacked, stabbed, shot at or hurt badly. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 12. Seeing someone attacked, stabbed, shot at, hurt badly or killed. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 13. Stressful or scary medical procedure. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 14. Being around war. | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 15. Other stressful or scary event? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

Describe: _____

Which one is bothering the child most now? _____

If you marked "YES" to any stressful or scary events for the child, then turn the page and answer the next questions.

Mark 0, 1, 2 or 3 for how often the following things have bothered the child in the last two weeks:

0 Never / 1 Once in a while / 2 Half the time / 3 Almost always

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Upsetting thoughts or images about a stressful event. Or re-enacting a stressful event in play. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Bad dreams related to a stressful event. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Acting, playing or feeling as if a stressful event is happening right now. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Feeling very emotionally upset when reminded of a stressful event. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Strong physical reactions when reminded of a stressful event (sweating, heart beating fast). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Trying not to remember, talk about or have feelings about a stressful event. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Avoiding activities, people, places or things that are reminders of a stressful event. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Not being able to remember an important part of a stressful event. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Negative changes in how s/he thinks about self, others or the world after a stressful event. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Thinking a stressful event happened because s/he or someone else did something wrong or did not do enough to stop it. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Having very negative emotional states (afraid, angry, guilty, ashamed). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Losing interest in activities s/he enjoyed before a stressful event. Including not playing as much. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Feeling distant or cut off from people around her/him. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Not showing or reduced positive feelings (being happy, having loving feelings). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Being irritable. Or having angry outbursts without a good reason and taking it out on other people or things. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Risky behavior or behavior that could be harmful. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Being overly alert or on guard. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Being jumpy or easily startled. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Problems with concentration. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Trouble falling or staying asleep. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Please mark "YES" or "NO" if the problems you marked interfered with:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Getting along with others | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | 4. Family relationships | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Hobbies/Fun | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | 5. General happiness | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| 3. School or work | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | | | |

Total Score _____
Clinical = 15+