

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_  
(NOMBRE y APELLIDO)

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad del Niño \_\_\_\_\_ Genero del Niño \_\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

Su Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el Niño \_\_\_\_\_  
(NOMBRE y APELLIDO)

**Por favor revise la lista de categorías étnicas y raciales al final de este documento e indique llenando el círculo azul cuál de las siguientes categorías describe mejor el grupo racial o étnico de su NIÑO. Puede escoger más de una categoría.**

Las experiencias estresantes pueden impactar la salud y el desarrollo de los niños. El identificador CASTER nos ayuda a entender más acerca de las experiencias pasadas del niño y sus pensamientos, sentimientos y conductas actuales.

**La Sección Uno** contiene una lista de eventos potencialmente traumáticos que algunas personas han experimentado. Hasta donde usted sabe, indique si estos eventos le han sucedido alguna vez al niño eligiendo **Si** o **No** para cada evento. Si la respuesta es **Si** a un evento, por favor indique **qué tanto** le afecta actualmente al niño esa experiencia de la siguiente manera:

**Nunca** si el evento no le afecta al niño actualmente  
**Ocasionalmente** si el evento le afecta al niño en algunas ocasiones  
**Frecuentemente** si el evento le afecta al niño constantemente

Por ejemplo, si el niño tuvo un accidente y le afecta mucho actualmente:

	No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
10 El niño ha sufrido algún accidente serio o lesión	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**La Sección Dos** contiene una lista de pensamientos, ideas, sentimientos o conductas. Algunos de ellos son comunes a los niños de la misma edad que el suyo, mientras que otros pueden estar relacionados con eventos que pueden haberle sucedido al niño. Hasta donde usted sepa, por favor indíquenos que tan seguido el niño ha vivido estas experiencias **durante los últimos 6 meses (solamente)**:

**N = Nunca** durante los últimos 6 meses  
**O = Ocasionalmente** durante los últimos 6 meses  
**F = Frecuentemente** durante los últimos 6 meses

Por ejemplo, si ocasionalmente el niño ha tenido dificultades para dormirse en los últimos 6 meses:

**Durante los últimos 6 meses, ¿qué tan frecuentemente ha experimentado lo siguiente? Circule donde aplique**

**N = Nunca (en los últimos 6 meses) O = Ocasionalmente (en los últimos 6 meses)  
F = Frecuentemente (en los últimos 6 meses)**

1	Tiene dificultad para dormirse	N	<input checked="" type="radio"/>	F
---	--------------------------------	---	----------------------------------	---

**La Sección Dos** tiene tres preguntas adicionales. Estas preguntas nos indican cambios importantes que el niño puede haber vivido o experimentado. Por favor indique cuántos cambios ha vivido el niño.

Por ejemplo, si ambos padres y un padre adoptivo han sido los cuidadores principales del niño, usted debería seleccionar "3" para la siguiente pregunta:

Desde el nacimiento, ¿Cuántas VECES uno de los padres o un cuidador <u>importante</u> (p.ej., padrastro, padre adoptivo, abuelo) ha abandonado al menor?	1	2	<input checked="" type="radio"/>	4	5	6	7	8	9	10	11+
--	---	---	----------------------------------	---	---	---	---	---	---	----	-----

Por favor, pida ayuda si tiene preguntas acerca de cómo llenar esta forma. Gracias.

¿Alguna vez el niño ha experimentado alguna de las siguientes situaciones?		Indique sí o no según aplique		Si indica "sí", por favor señale como esta experiencia afecta a su niño actualmente		
		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
<b>Condiciones ambientales/vivienda</b>						
1	Incendio, desastre natural serio (p.ej., inundación, terremoto, incendio forestal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Crisis sanitaria pública o ambiental (p.ej., agua potable sucia o contaminada, derrame químico, enfermedad / pandemia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Mudanza familiar trascendente(s) (p.ej., a una nueva comunidad, casa, país, o muchas mudanzas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Ha vivido en un país durante periodo de guerra o disturbios civiles (p.ej., protestas, violencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Ha vivido en un campo de refugiados o centro de inmigración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ha vivido en algún lugar donde se sintió peligroso, estresante, o inseguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Falta de hogar (p.ej., ha vivido en las calles, refugio, domicilio temporal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Salud, Accidentes, Perdidas</b>						
8	El niño o alguien cercano ha sufrido alguna condición médica seria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	El niño o alguien cercano ha sufrido algún procedimiento medico doloroso o atemorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	El niño ha sufrido algún accidente serio o lesión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	El niño o alguien cercano ha sufrido sobredosis de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	El niño ha descubierto que alguien cercano ha sufrido algún daño serio, lesión o abuso a manos de algún miembro familiar o alguien cercano al menor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Ha sido testigo de un suicidio o intento de suicidio por parte de alguien cercano a él	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Muerte de un padre o un cuidador cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Muerte de un hermano (a) o alguien cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Muerte de una mascota amada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vida en la Comunidad</b>						
17	Ha sufrido maltrato o trato injusto debido a su género u orientación sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Ha sufrido maltrato o trato injusto debido a su raza, color de piel, y / o lugar de nacimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Ha sufrido maltrato o trato injusto debido a su religión y / o identidad cultural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Ha sufrido maltrato o trato injusto debido a su apariencia y/ o capacidad (p.ej., física, aprendizaje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Ha sido lastimado, intimidado, o amenazado en persona o en internet por alguien fuera de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Ha sido testigo de violencia o trato injusto hacia alguien fuera de casa (p.ej., en la escuela o en la comunidad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Ha sido testigo de la muerte o el intento de suicidio de alguien en la comunidad (NO incluyendo miembros de la familia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Ha sufrido experiencias difíciles o injustas con representantes de la ley o autoridades legales (p.ej., ha sido detenido, acosado, arrestado, confrontado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Alguien cercano al menor ha sufrido experiencias difíciles o injustas con representantes de la ley o autoridades legales (p.ej., ha sido detenido, acosado, arrestado, confrontado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vida Familiar</b>						
26	Ha sido lastimado físicamente por alguno de los padres / cuidadores (p.ej., golpeado, pateado, golpeado con algún objeto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Ha sido lastimado físicamente por algún miembro cercano de la familia que NO es un padre o cuidador (p.ej., golpeado, pateado, golpeado con algún objeto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Ha recibido disciplina severa no física ejercida por alguno de los padres o cuidadores (p.ej., encierro en algún cuarto, se le ha negado la comida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Ha recibido críticas severas o crueles (p.ej., amenazas, apodos, insultos) por alguno de los padres o cuidadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Le ha faltado cantidad suficiente o adecuada de comida, ropa limpia u otras necesidades básicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	No ha recibido suficiente afecto, atención, o apoyo de alguno de los padres o cuidadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Ha visto o escuchado conflicto / violencia entre los padres o cuidadores (p.ej., gritos, amenazas, golpes, patadas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Los padres o cuidadores están divorciados o separados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Presencia de problemas económicos serios en la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Algún padre o cuidador ha tenido problemas con abuso de drogas, alcohol, juego, apuestas u otro tipo de conducta excesiva (p.ej., video juegos, medios sociales, compras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Algún padre o cuidador ha tenido problemas emocionales o mentales serios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Ha sufrido separación considerable de algún padre, cuidador o miembro cercano de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Ha sido retirado del hogar por autoridades (p.ej., servicios de protección infantil)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Ha vivido en un hogar altamente sexualizado (p.ej., ha escuchado o visto sexualidad adulta, lenguaje sexual frecuente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Ha sido expuesto, obligado a realizar o ha recibido actos sexuales por alguien parte de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Otras Experiencias</b>						
41	Ha sido expuesto, obligado a realizar o ha recibido actos sexuales por alguien fuera de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42	Le han ofrecido regalos, dinero, drogas o alcohol a cambio de realizar actos sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43	Ha recibido críticas severas o crueles (p.ej., amenazas, apodos, intimidación, insultos) de parte de alguien importante para el menor que NO es un padre o cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Ha sido secuestrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Ha sufrido otros eventos atemorizantes, molestos o dolorosos (por favor describa abajo): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Durante los últimos 6 meses, ¿qué tan frecuentemente ha experimentado lo siguiente? Circule donde aplique**

**N = Nunca (en los últimos 6 meses) O = Ocasionalmente (en los últimos 6 meses) F = Frecuentemente (en los últimos 6 meses)**

1	Tiene dificultad para dormirse	N	O	F	34	Se siente confundido, desorientado	N	O	F
2	Problemas manteniendo el sueño	N	O	F	35	Se siente malo o incapaz de ser amado	N	O	F
3	Pesadillas	N	O	F	36	Escucha o ve cosas que los demás no	N	O	F
4	Esta exhausto (p.ej., baja energía, no bien descansado, muy cansado)	N	O	F	37	Llora incontrolablemente	N	O	F
5	No desea dormir solo	N	O	F	38	Sufre cambios de humor rápidos	N	O	F
6	Se moja (orina) durante el día	N	O	F	39	Hace berrinches o tiene arrebatos de enojo	N	O	F
7	Se moja (orina) durante la noche	N	O	F	40	Se frustra, se irrita o se fastidia fácilmente	N	O	F
8	Se ensucia (popo /excremento)	N	O	F	41	Piensa o habla de lastimarse o matarse	N	O	F
9	Otras preocupaciones del baño (p.ej., embarra popo/excremento, orina fuera del escusado, oculta productos menstruales usados)	N	O	F	42	Amenazas o intentos de suicidio	N	O	F
10	Dolores de cabeza, del estómago u otros dolores en el cuerpo	N	O	F	43	Se lastima intencionalmente (p.ej., se corta o se golpea a si mismo)	N	O	F
11	Dificultad para comer (p.ej., rehusarse a comer, comer demasiado o demasiado poco)	N	O	F	44	Piensa o habla de lastimar o matar a otros	N	O	F
12	Falta de higiene (p. ej., no lavarse los dientes, no bañarse, no cambiarse la ropa)	N	O	F	45	Hiriente verbal o físicamente hacia otras personas	N	O	F
13	Conductas riesgosas o temerarias que le ponen en peligro a sí mismo o a otros	N	O	F	46	Hiriente hacia los animales	N	O	F
14	Conductas impulsivas (hace o dice cosas sin antes pensar)	N	O	F	47	Destruye propiedad (p.ej., rompe o avienta cosas u objetos)	N	O	F
15	Juega con encendedores, cerillos, fuego	N	O	F	48	Usa alcohol, inhalantes o drogas recreativas	N	O	F
16	Se preocupa por las armas	N	O	F	49	Le preocupan conductas sexuales (p.ej., demasiados comentarios o conductas sexuales, preocupación con tener acceso a medios con contenido sexual)	N	O	F
17	Toma cosas sin permiso o roba	N	O	F	50	Trata de hacer que otros hagan cosas relacionadas al sexo/ toca a otro de maneras sexuales	N	O	F
18	Toma y esconde comida	N	O	F	51	Tiene dificultad para hacer o mantener amigos	N	O	F
19	Se pellizca la piel, se jala el pelo, las pestañas o las cejas, se muerde las uñas excesivamente	N	O	F	52	Evita hacer cosas con otras personas	N	O	F
20	Se auto tranquiliza (p.ej., se mece, se retuerce o se mastica el pelo, sacude la pierna o golpetea el piso con el pie)	N	O	F	53	Se siente demasiado solo o aislado	N	O	F
21	Tiene dificultad para tranquilizarse, calmarse	N	O	F	54	No le va bien en la escuela o en programas de aprendizaje (p.ej., tiene malas notas, dificultades de aprendizaje, de conducta o problemas sociales)	N	O	F
22	Tiene dificultad para estar tranquilo; inquieto	N	O	F	55	No desea ir a la escuela o programa de aprendizaje	N	O	F
23	Apatía (p.ej., quieto, inmóvil, o no reacciona)	N	O	F	56	Tiene dificultad para hacer cosas solo o al estar separado de los padres/cuidadores	N	O	F
24	Fácilmente irritado por ciertos sonidos, olores, imágenes, sabores o texturas	N	O	F	57	Tiene miedo de estar solo	N	O	F
25	Se distrae fácilmente o tiene dificultad para concentrarse	N	O	F	58	Tiene miedo a personas, lugares o situaciones específicas Lista: _____	N	O	F
26	Demasiado sensible al ser tocado	N	O	F	59	Incomodo al hablar en ciertos lugares o situaciones (p.ej., en la escuela, eventos sociales)	N	O	F
27	Se asusta fácilmente (p.ej., "nervioso" en respuesta al tacto, el sonido o alguien que se le acerque)	N	O	F	60	Algún evento aterrador del pasado aparece en sus juegos, historias, arte	N	O	F
28	Demasiado atento a signos de peligro	N	O	F	61	Tiene recuerdos o pensamientos de algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
29	Demasiado nervioso, ansioso o tenso	N	O	F	62	Habla o piensa en algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
30	"Desconectado" o aparece como si estuviera aturdido	N	O	F	63	Evita hablar o pensar en algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
31	Parece entumecido, incapaz de sentir	N	O	F	64	Tiene dificultad para recordar detalles de algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
32	No se siente conectado con su cuerpo (p.ej., siente que se está observando a sí mismo desde fuera de su cuerpo)	N	O	F	65	Se culpa a si mismo por algún evento aterrador o perturbador que paso	N	O	F
33	Se siente demasiado triste o deprimido	N	O	F					

Otras preocupaciones (por favor describa abajo)

66		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente

Preguntas Adicionales

67	Desde el nacimiento, ¿Cuántas VECES uno de los padres o un cuidador <u>importante</u> (p.ej., padrastro, padre adoptivo, abuelo) ha abandonado al menor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
68	Desde el nacimiento, ¿Cuántas VECES el menor ha vivido lejos de sus padres o de un cuidador <u>importante</u> (p. ej., hogar adoptivo, con familia extendida)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
69	Desde el nacimiento, ¿A cuántas escuelas DISTINTAS ha ido el menor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+	

## Categorías Étnicas y Raciales

**asiático**

- Este (p. ej., chino, japones, coreano)
- Sur (p.ej., indio, pakistaní, cingalés)
- Sudeste (p.ej., malayo, filipino, vietnamita)
- europeo (p.ej., inglés, alemán, turco, ruso)
- norteamericano (p.ej., canadiense, americano)
- caribeño (p.ej., guyanés, chino jamaicano)
- otro: \_\_\_\_\_

**negro**

- africano (p.ej., ghanés, keniano, somalí)
- caribeño (p.ej., jamaicano, haitiano)
- latinoamericano caribeño (p.ej., jamaicano, haitiano)
- europeo (p.ej., inglés, español, francés)
- norteamericano (p.ej., canadiense, americano)
- otro: \_\_\_\_\_

**indígena**

- naciones originarias de Canadá
- inuit
- métis
- otro: \_\_\_\_\_

**latinoamericano**

- de origen europeo (p.ej., español, francés, alemán)
- de origen indígena (p.ej., peruano, boliviano, guatemalteco)
- de origen mixto (p.ej., Indígena y europeo; negro y europeo)
- otro: \_\_\_\_\_

**medio oriental, asiático de medio oriente** (p.ej., egipcio, iraní, libanes, afgano, israelí, turco))

**blanco**

- de origen europeo (p.ej., inglés, italiano, portugués, ruso, australiano, neozelandés)
- norteamericano (p.ej., canadiense, americano)
- otro: \_\_\_\_\_

**multirracial/ multiétnico:** (p.ej., negro africano y blanco norteamericano)

\_\_\_\_\_

**Otros:** \_\_\_\_\_

**Prefiere no contestar**

**No sabe**