

Nombre del Joven _____ ID del Cliente _____
(NOMBRE y APELLIDO)

Fecha de Hoy _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad del Joven _____ Genero del Joven _____
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)

Nombre del Cuidador _____ Relación con el Joven _____
(NOMBRE y APELLIDO)

Por favor revisa la lista de categorías étnicas y raciales al final de este documento e indica llenando el círculo azul cuál de las siguientes categorías describe mejor el grupo racial o étnico al que TU perteneces. Puedes escoger más de una categoría.

El identificador CASTER nos ayuda a entender más acerca de tus experiencias pasadas y tus conductas actuales.

La Sección Uno contiene una lista de eventos potencialmente traumáticos que algunas personas han experimentado.

Por favor indícanos si estos eventos te han sucedido alguna vez eligiendo **Sí** o **No** para cada evento. Si tu respuesta es **Si** a un evento, por favor indica **que tanto** te afecta actualmente la experiencia de la siguiente manera:

Nunca si el evento no te afecta actualmente

Ocasionalmente si el evento te afecta en algunas ocasiones

Frecuentemente si el evento te afecta constantemente

Por ejemplo, si tuviste un accidente serio y te afecta mucho actualmente:

	No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
10 Has sufrido un 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 otras personas de tu edad, mientras que otros pueden estar relacionados con eventos perturbadores que te han sucedido. Por favor indícanos que tan frecuentemente has 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 has tenido dificultades para dormirte en los últimos 6 meses:

Durante los últimos 6 meses, ¿qué tan frecuentemente has experimentado lo siguiente? Circula donde aplique

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

1	Tienes dificultad para dormirte	N	<input checked="" type="radio"/>	F
---	---------------------------------	---	----------------------------------	---

La Sección Dos tiene tres preguntas adicionales. Estas preguntas nos indican cambios importantes que puedes haber vivido o experimentado. Por favor indica cuantos cambios has vivido.

Por ejemplo, si ambos padres y un padre adoptivo han sido tus cuidadores principales, deberías seleccionar "3" para la siguiente pregunta:

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

Por favor, pide ayuda si tienes preguntas acerca de cómo llenar esta forma. Gracias.

¿Alguna vez has experimentado alguna de las siguientes situaciones?		Indica sí o no según aplique		Si indicas "sí", por favor señala como esta experiencia te afecta actualmente		
Condiciones ambientales/vivienda		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
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	Has 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	Has 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	Has vivido en algún lugar donde te sentiste en peligro, estresado, o inseguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Te ha faltado hogar (p.ej., has vivido en las calles, refugio, domicilio temporal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salud, Accidentes, Perdidas		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
8	Tu o alguien cercano a ti ha sufrido alguna condición médica seria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Tu o alguien cercano a ti ha sufrido algún procedimiento medico doloroso o atemorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Has sufrido algún accidente serio o alguna lesión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Tu o alguien cercano a ti ha sufrido una sobredosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Has descubierto que alguien cercano a ti ha sufrido algún daño serio, lesión o abuso a manos de algún miembro familiar o alguien cercano a ti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Has sido testigo de un suicidio o intento de suicidio por parte de alguien cercano a ti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Muerte de alguno de tus padres o un cuidador cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Muerte de algún 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"/>
Vida en la Comunidad		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
17	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu género u orientación sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu 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	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu religión y/o identidad cultural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Has sido maltratado o tratado injustamente debido a tu apariencia y/o capacidad (p.ej., física, aprendizaje)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Has 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	Has 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	Has sido testigo de la muerte o el intento de suicidio de alguien en la comunidad (NO incluyendo miembros de tu familia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Has sufrido experiencias difíciles o injustas con representantes de la ley o autoridades legales (p. ej., has sido detenido, acosado, arrestado, confrontado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Alguien cercano a ti ha sufrido experiencias difíciles o injustas con representantes de la ley o autoridades legales (p.ej., has sido detenido, acosado, arrestado, confrontado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Familiar		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
26	Has sido lastimado físicamente por alguno de tus 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	Has sido lastimado físicamente por algún miembro cercano de la familia que NO es un padre o cuidador tuyo (p.ej., golpeado, pateado, golpeado con algún objeto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Has recibido disciplina severa no física ejercida por alguno de tus padres o cuidadores (p.ej. encierro en algún cuarto, se te ha negado la comida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Has recibido críticas severas o crueles (p.ej., amenazas, apodos, insultos) por alguno de tus padres o cuidadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Te 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 has recibido suficiente afecto, atención, o apoyo de alguno de tus padres o cuidadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Has visto o escuchado conflicto / violencia entre tus 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	Tus 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 tu 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	Alguno de tus padres o cuidadores ha tenido problemas emocionales o mentales serios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Has sufrido separación considerable de alguno de tus padres, cuidadores o miembro cercano de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Has 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	Tu hogar es altamente sexualizado (p.ej., has escuchado o visto sexualidad adulta, lenguaje sexual frecuente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Has 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"/>
Otras Experiencias		No	Si	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
41	Has sido expuesto, obligado a realizar o has 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	Te 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	Has recibido críticas severas o crueles (p.ej., amenazas, apodos, intimidación, insultos) de parte de alguien importante para ti que NO es un padre o cuidador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44	Has sido secuestrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45	Has sufrido otros eventos atemorizantes, molestos o dolorosos (por favor describe abajo): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante los últimos 6 meses, ¿qué tan frecuentemente has experimentado lo siguiente? Circula donde aplique

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

1	Tienes dificultad para dormirte	N	O	F	34	Te sientes confundido, desorientado	N	O	F
2	Problemas manteniendo el sueño	N	O	F	35	Te sientes malo o incapaz de ser amado	N	O	F
3	Pesadillas	N	O	F	36	Escuchas o ves cosas que los demás no	N	O	F
4	Estas exhausto (p.ej., baja energía, no bien descansado, muy cansado)	N	O	F	37	Lloras incontrolablemente	N	O	F
5	No deseas dormir solo	N	O	F	38	Sufres cambios de humor rápidos	N	O	F
6	Te mojas (orinas) durante el día	N	O	F	39	Haces berrinches o tienes arrebatos de enojo	N	O	F
7	Te mojas (orinas) durante la noche	N	O	F	40	Te frustras, te irritas o te fastidias fácilmente	N	O	F
8	Te ensucias (popo /excremento)	N	O	F	41	Piensas o hablas de lastimarte o matarte	N	O	F
9	Otras preocupaciones del baño (p.ej., embarras popo/excremento, orinas fuera del escusado, ocultas productos menstruales usados)	N	O	F	42	Has hecho amenazas o intentos de suicidio	N	O	F
10	Tienes dolores de cabeza, del estómago u otros dolores en el cuerpo	N	O	F	43	Te lastimas intencionalmente (p.ej., te cortas o te golpeas a ti mismo)	N	O	F
11	Dificultad para comer (p.ej., no quieres comer, comes demasiado o demasiado poco)	N	O	F	44	Piensas o hablas de lastimar o matar a otros	N	O	F
12	Falta de higiene (p. ej., no te lavas los dientes, no te bañas, no te cambias la ropa)	N	O	F	45	Eres hiriente verbal o físicamente hacia otras personas	N	O	F
13	Tienes conductas riesgosas o temerarias que te ponen en peligro a tí mismo o a otros	N	O	F	46	Eres hiriente hacia los animales	N	O	F
14	Tienes conductas impulsivas (haces o dices cosas sin antes pensar)	N	O	F	47	Destruyes propiedad (p.ej., rompes o avientas cosas u objetos)	N	O	F
15	Juegas con encendedores, cerillos, fuego	N	O	F	48	Usas alcohol, inhalantes o drogas recreativas	N	O	F
16	Te preocupas por las armas	N	O	F	49	Te preocupan conductas sexuales (p.ej. demasiados comentarios o conductas sexuales, preocupación con tener acceso a medios con contenido sexual)	N	O	F
17	Tomas cosas sin permiso o robas	N	O	F	50	Tratas de hacer que otros hagan cosas relacionadas al sexo/ tocas a otros de maneras sexuales	N	O	F
18	Tomas y escondes comida	N	O	F	51	Tienes dificultad para hacer o mantener amigos	N	O	F
19	Te pellizcas la piel, te jalas el pelo, las pestañas o las cejas, te muerdes las uñas excesivamente	N	O	F	52	Evitas hacer cosas con otras personas	N	O	F
20	Te auto tranquilizas (p.ej., te meces, te retuerces o te masticas el pelo, sacudes la pierna o golpeas el piso con el pie)	N	O	F	53	Te sientes demasiado solo o aislado	N	O	F
21	Tienes dificultad para tranquilizarte, calmarte	N	O	F	54	No te va bien en la escuela o en programas de aprendizaje (p.ej., tienes malas notas, dificultades de aprendizaje, de conducta o problemas sociales)	N	O	F
22	Tienes dificultad para estar tranquilo; inquieto	N	O	F	55	No deseas ir a la escuela o programa de aprendizaje	N	O	F
23	Sientes apatía (p.ej., quieto, inmóvil, o no reaccionas)	N	O	F	56	Tienes dificultad para hacer cosas solo o al estar separado de tus padres/cuidadores	N	O	F
24	Te sientes fácilmente irritado por ciertos sonidos, olores, imágenes, sabores o texturas	N	O	F	57	Tienes miedo de estar solo	N	O	F
25	Te distraes fácilmente o tienes dificultad para concentrarte	N	O	F	58	Tienes miedo a personas, lugares o situaciones específicas Lista: _____	N	O	F
26	Eres demasiado sensible al ser tocado	N	O	F	59	Te sientes incomodo al hablar en ciertos lugares o situaciones (p.ej., en la escuela, eventos sociales)	N	O	F
27	Te asustas fácilmente (p.ej., te sientes "nervioso" en respuesta al tacto, el sonido o alguien que se le acerque)	N	O	F	60	Algún evento aterrador del pasado aparece en tus juegos, historias, arte	N	O	F
28	Estas demasiado atento a signos de peligro	N	O	F	61	Tienes recuerdos o pensamientos de algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
29	Estas demasiado nervioso, ansioso o tenso	N	O	F	62	Hablas o piensas en algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
30	Te sientes "desconectado" o aturdido	N	O	F	63	Evitas hablar o pensar en algún evento aterrador o perturbador que pasó	N	O	F
31	Te sientes entumecido, incapaz de sentir	N	O	F	64	Tienes dificultad para recordar detalles de algún evento aterrador o perturbador que paso	N	O	F
32	No te sientes conectado con tu cuerpo (p.ej., sientes que te estás observando a tí mismo desde fuera de tu cuerpo)	N	O	F	65	Te culpas a ti mismo por algún evento aterrador o perturbador que paso	N	O	F
33	Te sientes demasiado triste o deprimido	N	O	F					

Otras preocupaciones (por favor describe abajo)

66		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente
----	--	-------	----------------	----------------

Preguntas Adicionales

67	Desde tu nacimiento, ¿Cuántas VECES el padre o un cuidador <u>importante</u> (p.ej., padrastro, padre adoptivo, abuelo) te ha abandonado?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11+
68	Desde tu nacimiento, ¿Cuántas VECES has vivido lejos de tus 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 tu nacimiento, ¿A cuántas escuelas DISTINTAS has ido?	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
- Metis
- 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: _____

Prefieres no contestar

No sabes