

# UCLA Brief COVID-19 Screen for Child/Adolescent PTSD ©

Nombre: _____	ID # _____	Edad: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
---------------	------------	-------------	--

Grado de escuela _____	Escuela: _____	Maestro(a): _____	Ciudad/Estado _____
Nombre del entrevistador(a)/I.D. _____		Fecha (mes, día, año) ____/____/____ (#Sesión _____)	

La enfermedad del coronavirus ha hecho que mucha gente se haya asustado y preocupado por su propia seguridad y salud, y la seguridad y la salud de sus familiares y amigos. Para ayudarme a entender cómo te va con lo que está pasando, me gustaría hacerte algunas preguntas sobre algunas maneras en que sabemos que la gente reacciona a este tipo de peligro. Para que entienda mejor tus respuestas, es útil para mí hacerte algunas preguntas primero.

¿Alguién cercano a tí o tú, se han enfermado mucho o han estado en el hospital debido a esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguién cercano a tí o tú han sido puesto en cuarentena debido a tener síntomas de esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna persona cercana a tí o tú han tenido un resultado positivo en la prueba de esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguién cercano a tí trabaja alrededor de personas que podrían tener esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Algún miembro de tu familia o tú han tenido que mudarse de su casa debido a esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguién cercano a tí ha muerto a causa de esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es positiva, ¿me puedes decir quién? \_\_\_\_\_

## **Familias de Militares**

¿Algún miembro militar de su familia ha sido desplegado a un lugar donde la gente tiene esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿A tu familia y a tí los han puesto en cuarentena y los han hecho permanecer en su base militar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿No ha podido regresar a casa o abandonar un país extranjero, un miembro militar de su familia debido a haber estado en cuarentena o por tener esta enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Les ha sucedido algo más a tu familia o a tí debido a esta enfermedad que ha sido muy incómodo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

Describe: \_\_\_\_\_

(Aunque no haya respondido "Si" a ninguna pregunta, continúe preguntando lo siguiente.)

Considerando tus reacciones a lo que está sucediendo debido a la enfermedad del coronavirus, CUÉNTAME por cada problema enumerado debajo con números (0, 1, 2, 3 o 4) que muestra con qué frecuencia le sucedió el problema en el último mes. Usa la Hoja de calificación de frecuencia para ayudarte a decidir con qué frecuencia ocurrió el problema en el último mes.

CUANTO DEL TIEMPO DURANTE EL MES PASADO ...		Ninguno	Poco	Alguno	Mucho	La mayoría
1	Trato de mantenerme alejado de personas, lugares o cosas que me recuerdan lo que sucedió o lo que todavía está sucediendo.	0	1	2	3	4
2	Me enoja fácilmente o me meto en discusiones o peleas físicas.	0	1	2	3	4
3	Tengo problemas para concentrarme o prestar atención.	0	1	2	3	4
4	Cuando algo me recuerda lo que sucedió o sigue sucediendo, me enoja, me asusto o me entristece.	0	1	2	3	4
5	Tengo problemas para sentir felicidad o amor.	0	1	2	3	4
6	Trato de no pensar o sentir acerca de lo que sucedió o sigue sucediendo.	0	1	2	3	4
7	Cuando algo me recuerda lo que sucedió, tengo sentimientos fuertes en mi cuerpo como mi corazón late rápido, me duele la cabeza o me duele el estómago.	0	1	2	3	4
8	Tengo pensamientos como "Nunca podré confiar en otras personas".	0	1	2	3	4
9	Me siento solo(a) incluso cuando estoy cerca de otras personas.	0	1	2	3	4
10	Tengo pensamientos perturbadores, imágenes o sonidos de lo que sucedió o sigue sucediendo cuando no quiero tenerlos.	0	1	2	3	4
11	Tengo problemas para dormir, me despierto con frecuencia o tengo problemas para volverme a dormir.	0	1	2	3	4

# FREQUENCY RATING SHEET

Cuanto del tiempo DURANTE EL ÚLTIMO MES, PASO EL PROBLEMA?

0

1

2

3

4

Ninguno

S	M	T	W	H	F	S

NUNCA

Poco

S	M	T	W	H	F	S
	X					
					X	

DOS VECES

Alguno

S	M	T	W	H	F	S
		X			X	
		X				
			X			
	X		X			

1-2 VECES

Mucho

S	M	T	W	H	F	S
	X		X		X	
X			X			
	X		X		X	
X		X				

2-3 VECES

La mayoría

S	M	T	W	H	F	S
X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X		
	X	X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X

CASI TODOS

# Score Sheet

Name: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Sex:  Female  Male Date: \_\_\_\_\_

*Category B Total: Sum scores for symptoms; Category C Total: Sum scores for symptoms; Category D Total: Sum scores for symptoms; Category E Total: Sum scores for symptoms; Total PTSD-RI Brief Scale Score: Sum Category B, C, D, and E scores.*

Item #	Score (0-4)
10	
4	
7	

**SYMPTOM CATEGORY B SUMMATIVE SCORE:**  
\_\_\_\_\_

6	
1	

**SYMPTOM CATEGORY C SUMMATIVE SCORE:**  
\_\_\_\_\_

Item #	Score (0-4)
8	
9	
5	

**SYMPTOM CATEGORY D SUMMATIVE SCORE:**  
\_\_\_\_\_

2	
3	

**SYMPTOM CATEGORY E SUMMATIVE SCORE:**  
\_\_\_\_\_

**TOTAL SCALE SCORE:**  
\_\_\_\_\_

**DSM-5 PTSD DIAGNOSTIC SCREENER**

A PTSD-RI BRIEF FORM TOTAL SCALE SCORE THAT IS **21** OR HIGHER IS INDICATIVE OF POTENTIAL PTSD AND WARRANTS FURTHER EVALUATION OR REFERRAL.

Rating	Description	Recommendation
1-10	Minimal PTSD symptoms	Monitor, Education, Periodic Rescreening
11-20	Mild PTSD symptoms	Consider Further Evaluation – Monitor, Education, Suggest Full PTSD-RI Assessment
21+	Potential PTSD	Warrants Full PTSD-RI Assessment and Triage

For information or to obtain a license for the full UCLA PTSD Reaction Indices, contact [www.reactionindex.com](http://www.reactionindex.com).

# Hoja de Resultados

Nombre: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino Fecha: \_\_\_\_\_

*Total de Categoría B: Suma puntuaciones para los síntomas; Total de Categoría C: Suma puntuaciones para los síntomas; Total de Categoría D: Suma puntuaciones para los síntomas; Total de Categoría E: Suma puntuaciones para los síntomas; Puntuación Total de la Breve Escala PTSD-RI: Suma las puntuaciones de Categoría B, C, D, y E.*

Artículo #	Puntuación (0-4)	Artículo #	Puntuación (0-4)
10		8	
4		9	
7		5	
<b>PUNTUACION SUMATIVA DE SINTOMAS CATEGORIA B:</b> _____		<b>PUNTUACION SUMATIVA DE SINTOMAS CATEGORIA D:</b> _____	
6		2	
1		3	
<b>PUNTUACION SUMATIVA DE SINTOMAS CATEGORIA C:</b> _____		<b>PUNTUACION SUMATIVA DE SINTOMAS CATEGORIA E:</b> _____	
		<b>PUNTUACION TOTAL DE ESCALA</b> _____	

**CRIBADOR DE DIAGNÓSTICO DE DSM-5 PTSD**

UNA PUNTUACIÓN TOTAL DE LA FORMA BREVE DE PTSD-RI QUE ES **21** O MÁS ES INDICATIVO DE PTSD POTENCIAL Y GARANTIZA FUTURA EVALUACION/REFERENCIA.

Rating	Description	Recommendation
1-10	Minimal PTSD symptoms	Monitor, Education, Periodic Rescreening
11-20	Mild PTSD symptoms	Consider Further Evaluation – Monitor, Education, Suggest Full PTSD-RI Assessment
21+	Potential PTSD	Warrants Full PTSD-RI Assessment and Triage

For information or to obtain a license for the full UCLA PTSD Reaction Indices, contact [www.reactionindex.com](http://www.reactionindex.com).