CTS
Child Report (Age 7+)

Child ID: _____ Date Completed: _____ Administered By: _____

Gender: ☐ Male ☐ Female Age: _____

EVENTS: Sometimes, scary or very upsetting things happen to people. These things can sometimes affect what we think, how we feel, and what we do.

		Yes	No
1.	Have you ever seen people pushing, hitting, throwing things at each other, or stabbing, shooting, or trying to hurt each other?	☐	☐
2.	Has someone ever really hurt you? Hit, punched, or kicked you really hard with hands, belts, or other objects, or tried to shoot or stab you?	☐	☐
3.	Has someone ever touched you on the parts of your body that a bathing suit covers, in a way that made you uncomfortable? Or had you touch them in that way?	☐	☐
4.	Has anything else very upsetting or scary happened to you (loved one died, separated from loved one, been left alone for a long time, not had enough food to eat, serious accident or illness, fire, dog bite, bullying)? *What was it?* _____	☐	☐

REACTIONS: Sometimes scary or upsetting events affect how people think, feel, and act. The next questions ask how you have been feeling and thinking recently.

How often did each of these happen in the <u>last 30 days</u>?		**Never/ Rarely**	**1-2 times per month**	**1-2 times per week**	**3+ times per week**
5.	Strong feelings in your body when you remember something that happened (sweating, heart beats fast, feel sick).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6.	Try to stay away from people, places, or things that remind you about something that happened.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7.	Trouble feeling happy.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8.	Trouble sleeping.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9.	Hard to concentrate or pay attention.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10.	Feel alone and not close to people around you.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

Notes:

Permission is granted to reproduce and use for non-commercial purposes. Cite as follows: Lang, J.M.& Connell, C.M. (2017). Development and Validation of a Brief Trauma Screening Measure for Children: The Child Trauma Screen. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.. *Funded in part through the Department of Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau, Grant #0169. Rev. 10/29/16*

CTS
Caregiver Report (Age 6+)

Child ID: _____ Date Completed: _____ Administered By: _____

Child's Gender: ☐ Male ☐ Female Child's Age: _____

EVENTS: Sometimes, scary or very upsetting things happen to people. These things can sometimes affect what we think, how we feel, and what we do.

		Yes	No
1.	Has your child ever seen people pushing, hitting, throwing things at each other, or stabbing, shooting, or trying to hurt each other?	☐	☐
2.	Has someone ever really hurt him/her? Hit, punched, or kicked him/her really hard with hands, belts, or other objects, or tried to shoot or stab him/her?	☐	☐
3.	Has someone ever touched him/her on the parts of his/her body that a bathing suit covers, in a way that made you or your child uncomfortable? Or has someone had your child touch them in that way?	☐	☐
4.	Has anything else very upsetting or scary happened to your child (loved one died, separated from loved one, been left alone for a long time, not had enough food to eat, serious accident or illness, fire, dog bite, bullying)? *What was it?* _____	☐	☐

REACTIONS: Sometimes scary or upsetting events affect how people think, feel, and act. The next questions ask how your child has been feeling and thinking recently.

How often did each of these happen in the <u>last 30 days</u>?		**Never/ Rarely**	**1-2 times per month**	**1-2 times per week**	**3+ times per week**
5.	He/she has strong feelings in his/her body when he/she remembers something that happened (sweating, heart beats fast, feel sick).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6.	He/she tries to stay away from people, places, or things that remind him/her about something that happened.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7.	He/she has trouble feeling happy.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8.	He/she has trouble sleeping.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9.	It's hard for him/her to concentrate or pay attention.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10.	He/she feels alone and not close to people around him/her.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

Notes:

Permission is granted to reproduce and use for non-commercial purposes. Cite as follows: Lang, J.M.& Connell, C.M. (2017). Development and Validation of a Brief Trauma Screening Measure for Children: The Child Trauma Screen. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.. *Funded in part through the Department of Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau, Grant #0169. Rev. 10/29/16*

CTS

Child Report – Spanish Version

Child ID: _____ Date Completed: _____ Administered By: _____

Gender: ☐ Male ☐ Female Age: _____

Eventos: A veces pasan cosas que asustan o alteran a las personas. Estas cosas a veces afectan la forma cómo pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos.

	Si	No
1. ¿Alguna vez has visto personas empujándose, pegándose, o arrojándose cosas las unas a las otras, o apuñalándose, disparándose, o tratando de hacerse daño las unas a las otras?	☐	☐
2. ¿Alguna vez alguien te ha lastimado seriamente? ¿Te ha pegado, dado puñetazos o patadas muy duro, con manos, cinturones u otros objetos, o ha tratado de dispararte con un arma o apuñalarte?	☐	☐
3. ¿Alguna vez alguien te ha tocado en las partes de tu cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que te hizo sentir incómodo(a)? ¿O te hizo tocar las partes de su cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que te hizo sentir incómodo(a)?	☐	☐
4. ¿Te ha sucedido alguna otra cosa que te molestó o te asustó mucho? (p.ej. alguien que tú querías murió, fuiste separado de un ser querido, te dejaron solo(a) por mucho tiempo, no tuviste suficiente comida, un accidente o enfermedad seria, incendio, mordida de perro, fuiste intimidado(a) por alguien) ¿Qué fue? _____ _____	☐	☐

REACCIONES: A veces situaciones que son miedosas o molestas afectan la forma como las personas piensan, sienten y actúan. Las siguientes preguntas se tratan sobre cómo te has estado sintiendo y lo que has estado pensando recientemente.

Con qué frecuencia te sucedieron cada una de las siguientes cosas en los últimos 30 días?	**Nunca/ raramente**	**1-2 veces al mes**	**1-2 veces a la semana**	**3+ veces a la semana**
5. Fuertes sensaciones en tu cuerpo cuando recuerdas algo que sucedió (sudoración, latidos rápidos del corazón, sentirse enfermo)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6. Intentas evitar personas, lugares o cosas que te hacen recordar algo que sucedió.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7. Te cuesta trabajo sentirte feliz.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8. Te cuesta trabajo dormir.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9. Te es difícil concentrarte o prestar atención.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10. Te sientes solo/a y alejado/a de las personas a tu alrededor.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

Notas:

Permission is granted to reproduce and use for non-commercial purposes. Cite as follows: Lang, J.M.& Connell, C.M. (2017). Development and Validation of a Brief Trauma Screening Measure for Children: The Child Trauma Screen. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.. *Funded in part through the Department of Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau, Grant #0169. Rev. 10/29/16*

CTS

Caregiver Report (Age 6+) – Spanish Version

Child ID: _____ Date Completed: _____ Administered By: _____

Gender: ☐ Male ☐ Female Age: _____

Eventos: A veces pasan cosas que asustan o alteran a las personas. Estas cosas a veces afectan la forma cómo pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos.	**Si**	**No**
1. ¿Alguna vez tu niño/a ha visto personas empujándose, pegándose, o arrojándose cosas las unas a las otras, o apuñalándose, disparándose, o tratando de hacerse daño las unas a las otras?	☐	☐
2. ¿Alguna vez alguien le ha lastimado seriamente? ¿Le ha pegado, dado puñetazos o patadas muy duro, con manos, cinturones u otros objetos, o ha tratado de dispararle con un arma o apuñalarle?	☐	☐
3. ¿Alguna vez alguien le ha tocado en las partes de su cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que le hizo o te hizo sentir incómodo(a)? ¿O alguien le ha hecho tocar las partes de su cuerpo que se tapan con un traje de baño, de una manera que le hizo o te hizo sentir incómodo(a)?	☐	☐
4. ¿Le ha sucedido alguna otra cosa que le molestó o le asustó mucho? (p.ej. alguien que quería murió, fue separado de un ser querido, le dejaron solo(a) por mucho tiempo, no tuvo suficiente comida, sufrió un accidente o enfermedad seria, incendio, mordida de perro, fue intimidado(a) por alguien) ¿Qué fue? _____	☐	☐

REACCIONES: A veces situaciones que son miedosas o molestas afectan la forma como las personas piensan, sienten y actúan. Las siguientes preguntas se tratan sobre cómo su niño/a se ha sentido y lo que ha estado pensando recientemente.

Con qué frecuencia le sucedieron cada una de las siguientes cosas en los últimos 30 días?	**Nunca/ raramente**	**1-2 veces al mes**	**1-2 veces a la semana**	**3+ veces a la semana**
5. Siente fuertes sensaciones en su cuerpo cuando recuerda algo que sucedió (sudoración, latidos rápidos del corazón, sentirse enfermo)	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6. Intenta evitar personas, lugares o cosas que le hacen recordar algo que sucedió.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7. Le cuesta trabajo sentirse feliz.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8. Le cuesta trabajo dormir.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9. Le es difícil concentrarse o prestar atención.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10. Se siente solo/a y alejado/a de las personas a su alrededor.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

Notas

Permission is granted to reproduce and use for non-commercial purposes. Cite as follows: Lang, J.M.& Connell, C.M. (2017). Development and Validation of a Brief Trauma Screening Measure for Children: The Child Trauma Screen. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.. *Funded in part through the Department of Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau, Grant #0169. Rev. 10/29/16*