

HISTORIA DE TRAUMA (THS)

Nombre _____ ID: _____
 Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____

	Direcciones: Lea cada artículo. Si nunca pasara, entrar 0 y preguntar sobre el siguiente artículo. Si ha pasado, pregunte sobre cuantas veces ha pasado, y luego cuánto el padre piensa que esto afectó al niño cuando pasó, y ahora.	Cuantas veces esto pasa? 0=Nunca	Cuanto le ha afectado esto a su niño?					Cuanto todavia lo afecta?				
			Nada	Un poquito	Moderadamente	Mucho	Muy extrema	Nada	Un poquito	Moderadamente	Mucho	Muy extrema
1	Alguna vez su niño ha visto o ha estado en un accidente my grave?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2	Alguna vez alguien muy cercano a su niño ha sido mal herido o ha estado gravemente enfermo, al punto que estuvo de morir?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3	Ha muerto alguien muy cercano a su niño?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4	Su niño alguna vez ha estado tan gravemente enfermo que el médico o usted pensó que iba a morir?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5	Alguna vez su niño ha sido separado inesperadamente de las personas que ha recibido afecto y protección?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6	Alguien cercano a su niño ha tratado de herirse o suicidarse?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7	Alguna vez alguien ha tratado de herirle físicamente a su niño o le ha amenazado con herirlo?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8	Alguna vez alguien ha atacado a su niño o tratado de robarle o ha visto que le haya pasado esto a alguien mas?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9	Alguien ha tratado de secuestrar a su niño?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10	Su niño alguna vez a visto o estado en un tornado, terremoto huracan o un fuego?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11	Su niño ha sido atacado por un perro o algun otro animal?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12	Alguna vez su niño ha visto o escuchado gente peleandose físicamente o amenazando con herirse uno al otro?(dentro o fuera de la familia)		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13	Alguna vez su niño ha visto que un miebro de la familia ha sido arrestado o esta en la carcel?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14	Alguna vez su niño en un periodo de su vida no haya recibido cuidados basicos apropiados?(comida, ropa o sitio donde vivir)		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15	Alguna vez su niño lo han obligado hacer o ver algo sexual?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16	Alguna vez su niño ha visto, oído a otra persona ser forzado a hacer algo sexual?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17	Alguna vez su niño ha visto gente usando drogas fumando o usando jenrigas o agujas?		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18	Algo mas le ha pasado a su niño la cual tienen miedo o alguna otra persona se ha hecho dano o ha muerto? Especifique :		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

ESCALA DE RESPUESTAS PARA THS

1	2	3	4	5
Nada	Un poquito	Moderadamente	Mucho	Extremadamente