

OFFICE ONLY ID: _____	Respondent: _____	Times @ Clinic _____	Date: _____	Time Period: _____
Assessor: _____	Vscale _____	VP1: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	VP2: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	VP3: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

Life Stressor Checklist – Revised
ETTN 2010 Version – Revised September, 2010 by Chandra Ghosh Ippen

**Jessica Wolfe, Rachel Kimerling, Pamela Brown,
Kelly Chrestman & Karen Levin**

Women’s Health Sciences Division, National Center for PTSD

Note: While the form was originally developed to be a questionnaire, it has been revised to be administered as a clinical interview. Clinicians should ask the questions for each item and then ask follow-up questions as needed in order to be able to code the shaded items for each question.

For the question “Cuánto le sigue afectando?” please note that we are trying to capture negative impact. Most participants will answer in this way, but some may indicate that the event had a positive impact. If need be ask “how much does this continue to negatively affect you?” If the person indicates that the event affects them in a positive way and does not have a negative impact, mark “not at all.”

Introducción de CTRP:

Voy a preguntarle acerca de diferentes acontecimientos difíciles que ocurren en la vida por los que quizás haya atravesado, incluyendo por ejemplo el haber estado en un desastre natural tal como un terremoto o huracán, el haber presenciado un accidente, o el haber sido agredida/o físicamente. La razón por la cual preguntamos a los padres acerca de estas cosas es porque a medida que vayamos trabajando juntas/os con el propósito de ayudar a su niña/o, pueda ser que se le vengán recuerdos acerca de cosas difíciles que ha experimentado en su vida. Aun cuando haya venido acá a recibir ayuda para su niña/o, también es mi deseo ayudarla/o y apoyarla/o a usted también. Entonces este cuestionario me va a ayudar a entender un poco mejor su vida y las cosas difíciles que ha vivido. Si en algún momento le pregunto algo que le haga sentir incómoda/o, por favor hágame saber. Usted puede decidir no responder mis preguntas o tomarse un descanso durante el cuestionario.

1. ¿Alguna vez ha estado en medio de un desastre grave (por ejemplo, un gran terremoto, huracán, tornado, incendio, o explosión)?																								SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+	
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																									
Cuánto le sigue afectando?										1 (nada)				2 (un poco)				3 (moderadamete)				4 (mucho)			
<i>Clinician Code: Severity at time of disaster (what person experienced and/or disruption to life)</i>										No real impact on person				Mild				Moderate				Severe			

2. ¿Alguna vez ha visto un accidente serio (por ejemplo un choque automovilístico serio o un accidente en el trabajo)?																								SÍ NO					
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49					
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+					
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																													
Cuánto le sigue afectando?										1 (nada)				2 (un poco)				3 (moderadamete)				4 (mucho)							
<i>Clinician Code: Severity level (what person witnessed or knew about)</i>										Level of severity unknown				None/Mild (saw accident but to person's knowledge no medical treatment required)				Moderate (saw significant harm to others but no life threat to others)				Severe (e.g. saw severe injury or harm with potential life threat, car overturned, people taken away in ambulance)				Someone died			

3. ¿Alguna vez ha sufrido un accidente serio o un daño físico relacionado con un accidente (por ejemplo un choque automovilístico serio o un accidente en el trabajo)?																							SÍ NO		
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply) []Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+	
Clinician (write notes describing what happened)																									
Cuánto le sigue afectando?											1 (nada)			2 (un poco)			3 (moderadamente)			4 (mucho)					
Clinician Code: Severity (harm to anyone involved in accident)											No injuries			Mild injury or life threat			Moderate injury or life threat			Severe (requiring medical treatment) or great fear of threat to life			Someone died		

4. ¿Han mandado a la cárcel a algún miembro cercano de su familia?																							SÍ NO					
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply) []Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49				
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+				
Clinician (write notes describing what happened)																												
Cuánto le sigue afectando?											1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)								
Clinician Code: Who was sent to jail (check all that apply)											<input type="checkbox"/> Bio mom			<input type="checkbox"/> Other relative			<input type="checkbox"/> Bio dad			<input type="checkbox"/> Child's parent			<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver			<input type="checkbox"/> Other partner before child's parent		
											<input type="checkbox"/> Grandparents			<input type="checkbox"/> Other partner after child's parent			<input type="checkbox"/> Sibling			<input type="checkbox"/> Other (specify in notes)								
Clinician Code: What were they sent to jail for (check all that apply)											Unknown			Violent crime			Drug related			Weapon used								
Did this result in a significant separation from a 1er caregiver?											No		<1 week		<1 month		<6 months		<1 year		___ years							

5. ¿Alguna vez usted ha sido mandado(a) a la cárcel?																								SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply) []Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+	
Clinician (write notes describing what happened)																									
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)				
Clinician Code: Did this happen during target child's life?												No			Sí										
Clinician Code: Did this happen during another child's life?												No			Sí →			Which Child:							
Clinician Code: What were they sent to jail for (check all that apply)												Unknown			Violent crime			Drug related			Weapon used				
Did this result in a significant separation from child?												No		<1 week		<1 month		<6 months		<1 year		___ years			

6. ¿Alguna vez la han puesto a vivir en un hogar de crianza temporal (con familias substitutas) o ha sido adoptada/o?																								SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply) []Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Clinician (write notes describing what happened)																									
Cuánto le sigue afectando? (only code negative impact)												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)				
Clinician Code: Number of placements? (include family of origin as 1, so minimum=2)																									
Clinician Code: Type of placement (check all that apply)												Institutional care/group home		Foster care – relative or friend		Foster care – unrelated		Adoption		Other (explain in notes)					
Clinician Code: (total length of separation(s) from caregiver)												Adopted Age_____		< 1 week		<1 month		<6 months		<1 year		Year+ or multiple significant separations			

7. ¿Alguna vez sus padres se separaron o divorciaron cuando usted estaba viviendo con ellos?	SÍ NO
---	--------------

Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? *(clinician mark all that apply)*
 Unknown *(only check unknown if no estimate can be given)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+

Clinician (write notes describing what happened)

Cuánto le sigue afectando?	1 (not at all)	2 (a little)	3 (somewhat)	4 (a lot)	
<i>Clinician Code: Level of contact with parents following divorce (check one for mom and dad)</i>				Mom	Dad
	Did not see				
	Infrequent/uncertain contact				
	Infrequent contact but scheduled (e.g. holidays)				
	Regular contact				
Lived with					

8. ¿Alguna vez ha estado separado(a) o divorciado(a)?	SÍ NO
--	--------------

Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? *(clinician mark all that apply)*
 Unknown *(only check unknown if no estimate can be given)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+

Clinician (write notes describing what happened)

Cuánto le sigue afectando?	1 (not at all)	2 (a little)	3 (somewhat)	4 (a lot)
----------------------------	-------------------	-----------------	-----------------	--------------

9. ¿Alguna vez ha tenido problemas económicos serios (por ejemplo, que no tenía lo suficiente para comer o para tener un lugar donde vivir)?																								SÍ NO			
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49			
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+			
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																											
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)				2 (a little)				3 (somewhat)				4 (a lot)			

10. ¿Alguna vez ha tenido una enfermedad física o mental seria (por ejemplo, cáncer, ataque de corazón, operación seria, sentir que se quería suicidar u hospitalización por su estado nervioso) ?																								SÍ NO											
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																																			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24											
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49											
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+											
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																																			
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)				2 (a little)				3 (somewhat)				4 (a lot)											
<i>Clinician Code (mark all that apply)</i>						Physical illness						Mental illness						Hospitalization for mental illness						Suicidal ideation						Suicide attempt					
<i>Clinician code (mark all that apply) Did illness affect care of child</i>												No				SÍ Target child				SÍ Other child (not target)															

11. ¿Alguna vez lo/la abusaron o descuidaron emocionalmente (por ejemplo, haber sido humillado(a), o hacer que se sienta avergonzado(a), ignorado(a), o que le hayan dicho que "no sirve para nada") ? SÍ NO

Cuántos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply)

[] Unknown (only check unknown if no estimate can be given)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+

Clinician (write notes describing what happened)

Cuánto le sigue afectando?	1 (not at all)	2 (a little)	3 (somewhat)	4 (a lot)
Clinician Code: People who did this (check all that apply)	<input type="checkbox"/> Bio mom	<input type="checkbox"/> Teacher		
	<input type="checkbox"/> Bio dad	<input type="checkbox"/> Friend		
	<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver	<input type="checkbox"/> Child's parent		
	<input type="checkbox"/> Other relative	<input type="checkbox"/> Other partner before child's parent		
	<input type="checkbox"/> Siblings	<input type="checkbox"/> Other partner after child's parent		
	<input type="checkbox"/> Other: (specify)			
Clinician Code: Did target child see this?	No	SÍ	Unsure	

12. ¿Alguna vez lo han descuidado físicamente (por ejemplo, no le daban de comer, no la/lo mantenían vestida adecuadamente, o la dejaron cuidarse sola cuando usted estaba muy chiquita o cuando estaba enferma) ? SÍ NO

Cuántos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply)

[] Unknown (only check unknown if no estimate can be given)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+

Clinician (write notes describing what happened)

Cuánto le sigue afectando?	1 (not at all)	2 (a little)	3 (somewhat)	4 (a lot)
Clinician Code: People who did this (check all that apply)	<input type="checkbox"/> Bio mom	<input type="checkbox"/> Teacher		
	<input type="checkbox"/> Bio dad	<input type="checkbox"/> Friend		
	<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver	<input type="checkbox"/> Child's parent		
	<input type="checkbox"/> Other relative	<input type="checkbox"/> Other partner before child's parent		
	<input type="checkbox"/> Siblings	<input type="checkbox"/> Other partner after child's parent		
	<input type="checkbox"/> Other: (specify)			

13. <u>Mujeres solamente</u>: ¿Alguna vez ha tenido un aborto o perdió un bebé mientras que estaba embarazada ?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)			

14. ¿Alguna vez lo/la han separado de su hijo(a) contra su voluntad (por ejemplo, perdió la custodia o el permiso para visitarlo(a), o por secuestro) ?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)			
<i>Clinician Code: Which child (check all that apply)</i>												Target child			Younger sibling of target			Older sibling of target			Other (specify in notes)			
<i>Clinician code: Reason for separation (check all that apply)</i>												Immigration			Custody issues		Foster care		Kidnapping		Other			
<i>Clinician code: Length of separation (check all that apply)</i>												Ongoing			<1 week		<1 month		<6 months		< 1 year		Year+ or multiple significant separations	

15. ¿Ha tenido su bebé o hijo(a) algún problema físico o mental severo (por ejemplo retraso mental, defectos de nacimiento, no puede oír, o ver, o caminar)?																								SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+	
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																									
Cuánto le sigue afectando?											1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)					
<i>Clinician Code: Which child (check all that apply)</i>											Target child			Younger sibling of target			Older sibling of target			Other (specify in notes)					
<i>Clinician Code: Does child live with target child?</i>											Is target child			SÍ			No			Other (e.g. visits)					

16. ¿Alguna vez ha sido responsable por el cuidado de alguna persona cercana a usted (que no sea su hijo(a)) que tenía algún problema físico o mental severo (por ejemplo cáncer, derrame cerebral, Alzheimer's, SIDA, hospitalización por problemas nerviosos, no puede oír, ver, o caminar)?																								SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+	
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																									
Cuánto le sigue afectando?											1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)					
<i>Clinician Code: People caregiver cared for (check all that apply)</i>											<input type="checkbox"/> Bio mom						<input type="checkbox"/> Sibling(s)								
											<input type="checkbox"/> Bio dad						<input type="checkbox"/> Friend								
											<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver						<input type="checkbox"/> Child's parent								
											<input type="checkbox"/> Grandparents						<input type="checkbox"/> Other partner before child's parent								
											<input type="checkbox"/> Other relative						<input type="checkbox"/> Other partner after child's parent								
											<input type="checkbox"/> Other: <i>(specify in notes)</i>														

17. ¿Alguna vez alguien cercano a usted murió inesperadamente (por ejemplo, por un accidente, ataque de corazón repentino, asesinato o suicidio) ?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply)																								
[] Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
Clinician (write notes describing what happened)																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)			
Clinician Code: How died: a) violence b) illness/health related c) accident d) drugs e) other (specify)	Person											How died (use letter codes)						Check if Witness Death?		Age				
	<input type="checkbox"/> Biological mother																							
	<input type="checkbox"/> Biological father																							
	<input type="checkbox"/> Other 1er Caregiver																							
	<input type="checkbox"/> Grandparents																							
	<input type="checkbox"/> Other relative																							
	<input type="checkbox"/> Sibling(s)																							
	<input type="checkbox"/> Friend																							
	<input type="checkbox"/> A child																							
	<input type="checkbox"/> Target child's parent																							
	<input type="checkbox"/> Other partner before target child's parent																							
	<input type="checkbox"/> Other partner after target child's parent																							
<input type="checkbox"/> Other (specify in notes)																								
Clinician Code: Number of people who died suddenly											# _____													
Clinician Code: Did respondent lose a primary caregiver? IF SÍ -> Age																No		SÍ →		Age:				

18. ¿Alguna persona cercana a usted ha muerto (sin incluir los que murieron de repente o inesperadamente) ?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)			
<i>Clinician Code:</i>	Person											How died <i>(if the way they died was sudden or unexpected code under item 17)</i>											Age	
	<input type="checkbox"/> Biological mother																							
	<input type="checkbox"/> Biological father																							
	<input type="checkbox"/> Other 1er Caregiver																							
	<input type="checkbox"/> Grandparents																							
	<input type="checkbox"/> Other relative																							
	<input type="checkbox"/> Sibling(s)																							
	<input type="checkbox"/> Friend																							
	<input type="checkbox"/> A child																							
	<input type="checkbox"/> Target child's parent																							
<input type="checkbox"/> Other partner before target child's parent																								
<input type="checkbox"/> Other partner after target child's parent																								
<input type="checkbox"/> Other <i>(specify in notes)</i>																								
<i>Clinician Code: Number of people who died</i>												# _____												
<i>Clinician Code: Did respondent lose a primary caregiver? IF SÍ -> Age</i>																No			SÍ →			Age:		

20. ¿Alguna vez ha visto un robo, atraco, o ataque que estaba sucediendo?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?											1 (not at all)				2 (a little)				3 (somewhat)				4 (a lot)	
<i>Clinician Code: Who was mugged</i>											Stranger				Friend				Relative				Other (specify in notes)	
<i>Clinician Code: Severity (check all that apply)</i>											Weapon used				Person injured				Person died				Respondent threatened	

21. ¿Alguna vez le ha robado, atracado o atacado físicamente (no sexualmente) alguna persona que usted no conocía?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?											1 (not at all)				2 (a little)				3 (somewhat)				4 (a lot)	
<i>Clinician Code: Severity (check all that apply)</i>											Weapon used				Mild injury				Moderate injury (pain last more than a day)				Serious injury (requiring medical treatment)	
<i>Clinician Code: Person's perception of danger</i>											No serious danger				Fear of mild injury				Fear of serious injury				Feared for life	

23. ¿Después de los 16 años, alguna vez fué abusado(a) o atacado(a) físicamente (no sexualmente) por una persona que usted conocía (por ejemplo, su papá o su mamá, su novio(a), o esposa, le dió un golpe, bofetada, lo ahorcó, quemó o le dió una paliza) ?																							SÍ NO																																																																																																																																																																																																																																				
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply) [] Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																																																																																																																																																																																																																																																											
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40																																																																																																																																																																																																																																			
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	+																																																																																																																																																																																																																																			
Clinician (write notes describing what happened)																																																																																																																																																																																																																																																											
Cuánto le sigue afectando?										1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)																																																																																																																																																																																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="5">People Involved</th> <th colspan="5">Chronicity (use codes below)</th> <th colspan="5">Severity (use codes below)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" rowspan="13"> <i>Clinician Code: People who did this (check all that apply but only one category per person)</i> </td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Bio mom</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Bio dad</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Other 1er caregiver</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Parent's boyfriend/girlfriend</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Grandparent</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Sibling(s)</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Friend</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Target child's parent</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner before target child's parent</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner after target child's parent</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Adult relative</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Child relative (under age 18)</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Teacher</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> Other: (specify in notes)</td> <td colspan="5"></td> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </table>																									People Involved					Chronicity (use codes below)					Severity (use codes below)					<i>Clinician Code: People who did this (check all that apply but only one category per person)</i>		<input type="checkbox"/> Bio mom															<input type="checkbox"/> Bio dad															<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver															<input type="checkbox"/> Parent's boyfriend/girlfriend															<input type="checkbox"/> Grandparent															<input type="checkbox"/> Sibling(s)															<input type="checkbox"/> Friend															<input type="checkbox"/> Target child's parent															<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner before target child's parent															<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner after target child's parent															<input type="checkbox"/> Adult relative															<input type="checkbox"/> Child relative (under age 18)															<input type="checkbox"/> Teacher															<input type="checkbox"/> Other: (specify in notes)														
		People Involved					Chronicity (use codes below)					Severity (use codes below)																																																																																																																																																																																																																																															
<i>Clinician Code: People who did this (check all that apply but only one category per person)</i>		<input type="checkbox"/> Bio mom																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Bio dad																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Parent's boyfriend/girlfriend																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Grandparent																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Sibling(s)																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Friend																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Target child's parent																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner before target child's parent																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner after target child's parent																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Adult relative																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Child relative (under age 18)																																																																																																																																																																																																																																																									
		<input type="checkbox"/> Teacher																																																																																																																																																																																																																																																									
<input type="checkbox"/> Other: (specify in notes)																																																																																																																																																																																																																																																											
<i>Clinician Code Overall: Chronicity</i>					a) 1x			b) Few times			c) Occasional			d) Frequent			e) Other (specify in notes)																																																																																																																																																																																																																																										
<i>Clinician Code Overall: Severity</i>					a) Mild (no injuries)			b) Moderate (mild injuries)			c) Serious (significant injuries)			d) Threat of death or actual death			e) Other (specify in notes)																																																																																																																																																																																																																																										

24. ¿Alguna vez ha sido acosado o molestado con comentarios, bromas, exigencias o peticiones de favores sexuales por alguna persona de su trabajo o en la escuela (por ejemplo un compañero(a) de trabajo, un jefe, un cliente, u otro estudiante o profesor) ?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)			

27. ¿Después de los 16 años, alguna vez le <u>tocaron</u> o <u>alguien le obligó a tocarle de manera sexual forzándole</u> o de alguna forma <u>amenazándole con hacerle daño si no lo hacía</u> ?																							SÍ NO		
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply) <input type="checkbox"/> Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																									
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	+	
Clinician (write notes describing what happened)																									
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)				
												People Involved												Chronicity (use codes below)	
Clinician Code: People who did this (check all that apply but only one category per person)												<input type="checkbox"/> Bio mom													
												<input type="checkbox"/> Bio dad													
												<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver													
												<input type="checkbox"/> Parent's boyfriend/girlfriend													
												<input type="checkbox"/> Grandparent													
												<input type="checkbox"/> Sibling(s)													
												<input type="checkbox"/> Friend													
												<input type="checkbox"/> Target child's parent													
												<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner before target child's parent													
												<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner after target child's parent													
												<input type="checkbox"/> Friend (child)													
												<input type="checkbox"/> Adult relative													
												<input type="checkbox"/> Child relative (under age 18)													
												<input type="checkbox"/> Another child (under age 18)													
												<input type="checkbox"/> Adult known to respondent													
<input type="checkbox"/> Adult stranger																									
<input type="checkbox"/> Teacher																									
<input type="checkbox"/> Other: (specify in notes)																									
Clinician Code Overall: Chronicity												a) 1x			b) Few times			c) Occasional			d) Frequent			e) Other (specify in notes)	

28. ¿Después de los 16 años, alguna vez tuvo sexo (oral, anal, genital) cuando usted no quería porque alguien la/lo forzó o de alguna forma la/lo amenazó si no lo hacía ?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (clinician mark all that apply)																								
[] Unknown (only check unknown if no estimate can be given)																								
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	+
Clinician (write notes describing what happened)																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)		2 (a little)		3 (somewhat)		4 (a lot)						
												People Involved								Chronicity (use codes below)				
Clinician Code: People who did this (check all that apply but only one category per person)												<input type="checkbox"/> Bio mom												
												<input type="checkbox"/> Bio dad												
												<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver												
												<input type="checkbox"/> Parent's boyfriend/girlfriend												
												<input type="checkbox"/> Grandparent												
												<input type="checkbox"/> Sibling(s)												
												<input type="checkbox"/> Friend												
												<input type="checkbox"/> Target child's parent												
												<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner before target child's parent												
												<input type="checkbox"/> Other boyfriend/girlfriend/partner after target child's parent												
												<input type="checkbox"/> Friend (child)												
												<input type="checkbox"/> Adult relative												
												<input type="checkbox"/> Child relative (under age 18)												
												<input type="checkbox"/> Another child (under age 18)												
<input type="checkbox"/> Adult known to respondent																								
<input type="checkbox"/> Adult stranger																								
<input type="checkbox"/> Teacher																								
<input type="checkbox"/> Other: (specify in notes)																								
Clinician Code Overall: Chronicity												a) 1x		b) Few times		c) Occasional		d) Frequent		e) Other (specify in notes)				

29. ¿Alguna vez ha estado directamente expuesto a una guerra, conflicto armado o terrorismo (en donde había soldados u otros combatiendo y haciendo daño a personas cerca de donde usted vivía)?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)			
<i>Clinician Code: Person's own experience (check all that apply)</i>						Damage to own property			Injured		Threatened		Had to hide			Had to fight			Had to flee					
<i>Clinician Code: What person witnessed plus harm to others (mark all that apply)</i>												Family members injured			Family members died			Friends injured			Friends died			
												Saw people injured			Saw people died			Other specify in notes)						

30. ¿Alguna vez ha tenido que irse del lugar en donde vivía y mudarse a otro lugar (pais, estado o ciudad) porque no podía pagar sus necesidades básicas como comida, vestimenta, refugio o simplemente por que no se sentía seguro?																							SÍ NO	
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? (<i>clinician mark all that apply</i>) []Unknown (<i>only check unknown if no estimate can be given</i>)																								
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+
<i>Clinician (write notes describing what happened)</i>																								
Cuánto le sigue afectando?												1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)			
<i>Clinician Code: Reason for leaving (check all that apply)</i>												Economic			Safety – related to DV			Safety related to war/terrorism			Safety Other (specify in notes)			

31. ¿Hay algún otro evento que no hayamos incluido que le gustaría mencionar?																								SÍ NO	
What was the event? <i>(clinician write notes describing what happened)</i>																									
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+	
Cuánto le sigue afectando?											1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)					

32. ¿Alguna vez le han ocurrido alguno de los eventos mencionados a una persona cercana a usted de tal modo que aún si usted no había vivido la experiencia en carne propia de todos modo le alteró bastante ?																								SÍ NO	
What was the event? <i>(clinician write notes describing what happened)</i>																									
Cuantos años tenía Ud. cuando eso pasó? <i>(clinician mark all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Unknown <i>(only check unknown if no estimate can be given)</i>																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	+	
Cuánto le sigue afectando?											1 (not at all)			2 (a little)			3 (somewhat)			4 (a lot)					
<i>Clinician Code: Number of events happening to others</i>																									
<i>Clinician Code: People who did this (check all that apply)</i>											<input type="checkbox"/> Bio mom					<input type="checkbox"/> Target child's parent									
											<input type="checkbox"/> Bio dad					<input type="checkbox"/> Other partner before child's parent									
											<input type="checkbox"/> Other 1er caregiver					<input type="checkbox"/> Other partner after child's parent									
											<input type="checkbox"/> Grandparent					<input type="checkbox"/> Target child									
											<input type="checkbox"/> Sibling(s)					<input type="checkbox"/> Other child									