

iqs-pa-id_s1_r1_e1

THRIVE Parent ID

In what language should the questionnaires be displayed for the parent/guardian?

- ☐ English
☐ Spanish

THRIVE Parent ID

WARNING: The THRIVE Parent ID above does not match the ID for this record. Please double check and correct any mistakes before continuing.

Session

- ☐ S1 (Baseline)
- ☐ S2 (9-month follow-up)
- ☐ S3 (18-month follow-up)

WARNING: The session you have indicated above does not match the session that this survey queue corresponds to (S1 - Baseline). Please double check and correct any mistakes before continuing.

Visit Type

- ☐ Brain/Behavior Session
- ☐ Interview/Questionnaire Session

WARNING: The visit type you have indicated above does not match the visit type that this survey queue corresponds to (Interview/Questionnaires Session). Please double check and correct any mistakes before continuing.

Parent/Guardian Survey Queue

Are you a child participant or a parent/guardian?

☐ Child

☐ Parent/Guardian

WARNING: This survey is meant for the parent/guardian not the child. Please let the assessor know there is an error.

Information Form

Child's Information

Child's Name First:

Middle:

Last:

Is it ok to contact the child by cell phone? _____
Is it ok to contact the child by e-mail? _____

Child's Date of Birth: Month:

Day:

Year:

Child's City of Birth: _____

Child's Date of Birth:

Does the child have more than one home address?

☐ Yes
☐ No

Child's Primary Home Address Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____ How many
years has the child lived at the Primary Home Address? _____ (Number of years.)

Child's Secondary Home Address Street Address:

City:

State:

Zip Code:

How many years has the child lived at the Secondary Home Address? _____

Name and Address of Child's School: _____ How many years has the child attended this school? _____ (Number of years.)

Your Information (Parent/Guardian Completing This Form)

First Name:

Last Name:

Email:

Home Phone:

Cell Phone:

Work Phone:

What is your relationship to the child?

- ☐ biological mother
 - ☐ biological father
 - ☐ adoptive mother
 - ☐ adoptive father
 - ☐ step-mother
 - ☐ step-father
 - ☐ foster parent
 - ☐ other
- (If other, please specify: _____)

Does the child live with you full-time?

- ☐ Yes
- ☐ No

What is the frequency of contact between you and the child?

- ☐ no contact
 - ☐ 1-2 days per month
 - ☐ 3-4 days per month
 - ☐ 5-9 days per month
 - ☐ 10 or more days per month
 - ☐ not on a regular basis (e.g. vacations only or one time per year)
- (If not on a regular basis, how many days per year? _____)

Does the child have a second parent/guardian?

- ☐ Yes
- ☐ No

Is it ok to contact this person about the child?

- ☐ Yes
☐ No

Information on Parent/Guardian 2

First Name:

Last Name:

Email:

Home Phone:

Cell Phone:

Work Phone:

What is the relationship of Parent/Guardian 2 to the child?

- ☐ biological mother
☐ biological father
☐ adoptive mother
☐ adoptive father
☐ step-mother
☐ step-father
☐ foster parent
☐ other
(If other, please specify: _____)

Does the child live full-time with Parent/Guardian 2?

- ☐ Yes
☐ No

What is the frequency of contact between the child and Parent/Guardian 2?

- ☐ no contact
☐ 1-2 days per month
☐ 3-4 days per month
☐ 5-9 days per month
☐ 10 or more days per month
☐ not on a regular basis (e.g. vacations only or one time per year)
(If not on a regular basis, how many days per year? _____)

Client Locator Form

Please give us the name, address, and phone number of three individuals who will be able to contact you, in the event that you move, if we are unable to locate you for your participation in any follow-up appointments. This person does not necessarily have to live in this area. We will not share any confidential information, only that you were at FIU for research purposes.

Person 1 Name:

Address:

Phone Number:

Relationship:

Person 2 Name:

Address:

Phone Number:

Relationship:

Person 3 Name:

Address:

Phone Number:

Relationship:

Child's Health Information

Has the child ever (now or in the past) received treatment for any emotional or psychological problem? Problems may include but are not limited to Anxiety, Depression, Substance Abuse, Eating Disorder, ADHD, and Autism.

- ☐ Yes
 - ☐ No
 - ☐ Don't know
 - ☐ Prefer not to answer
- ((You will provide details below.))

Has the child taken any medications (prescription or over-the-counter) within the past two weeks?

- ☐ Yes
 - ☐ No
 - ☐ Don't know
 - ☐ Prefer not to answer
- ((You will provide details below.))

Please list all current and past treatment and/or evaluations the child has received for any emotional or psychological problem.

Treatment 1
Problem:

Type of treatment and/or medication:

Start Date: _____

(Indicate month and year.) End Date: _____

(Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 2 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 3 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 4 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 5 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 6 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 7 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 8 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 9 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Treatment 10 Problem: _____ Type of treatment and/or medication: _____ Start Date: _____ (Indicate month and year.) End Date: _____ (Indicate month and year; write "NA" if ongoing.)

Please list all medications (prescription or over-the-counter) the child has taken within the past two weeks.

Medication 1

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours? _____

Reason for taking medication:

Medication 2

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 3

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 4

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 5

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 6

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 7

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 8

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 9

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Medication 10

Medication name: _____ Taken within the last 24 hours _____

Reason for taking medication:

Demographics Form

Questions About You

You are the:

- ☐ Child's Biological Parent
☐ Child's Adoptive Parent
☐ Child's Custodial Parent
☐ Other

What is your date of birth?

What sex were you assigned at birth, on the original birth certificate?

- ☐ Male
☐ Female
☐ Intersex-Male
☐ Intersex-Female
☐ Don't know

What is your current gender identity?

- ☐ Male
☐ Female
☐ Trans male
☐ Trans female
☐ Gender queer
☐ Other
☐ Don't know
 (If Other, please specify: _____)

What race do you consider yourself to be? Please check all that apply.

- ☐ White
☐ Black/African American
☐ American Indian, Native American
☐ Alaska Native
☐ Native Hawaiian
☐ Guamanian
☐ Samoan
☐ Other Pacific Islander
☐ Asian Indian
☐ Chinese
☐ Filipino
☐ Japanese
☐ Korean
☐ Vietnamese
☐ Other Asian
☐ Other Race
☐ Don't Know
 (If Other, please specify: _____)

Do you consider yourself Hispanic/Latino/Latina?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know

Please choose the group that best represents your Hispanic origin or ancestry.

- ☐ Puerto Rican
- ☐ Dominican (Republic)
- ☐ Mexican
- ☐ Cuban
- ☐ Central American
- ☐ South American
- ☐ Other Latin American
- ☐ Other Hispanic
- ☐ Don't know

In which country were you born?

- ☐ USA (United States of America - including territories such as Puerto Rico)
- ☐ Afghanistan
- ☐ Albania
- ☐ Algeria
- ☐ Andorra
- ☐ Angola
- ☐ Antigua and Barbuda
- ☐ Argentina
- ☐ Armenia
- ☐ Australia
- ☐ Austria
- ☐ Azerbaijan
- ☐ Bahamas
- ☐ Bahrain
- ☐ Bangladesh
- ☐ Barbados
- ☐ Belarus
- ☐ Belgium
- ☐ Belize
- ☐ Benin
- ☐ Bhutan
- ☐ Bolivia
- ☐ Bosnia and Herzegovina
- ☐ Botswana
- ☐ Brazil
- ☐ Brunei
- ☐ Bulgaria
- ☐ Burkina Faso
- ☐ Burundi
- ☐ Cabo Verde
- ☐ Cambodia
- ☐ Cameroon
- ☐ Canada
- ☐ Central African Republic
- ☐ Chad
- ☐ Chile
- ☐ China
- ☐ Colombia
- ☐ Comoros
- ☐ Congo (Brazzaville)
- ☐ Congo (Kinshasa)
- ☐ Costa Rica
- ☐ Cote d'Ivoire
- ☐ Croatia
- ☐ Cuba
- ☐ Cyprus
- ☐ Czech Republic
- ☐ Denmark
- ☐ Djibouti
- ☐ Dominica
- ☐ Dominican Republic
- ☐ Ecuador
- ☐ Egypt
- ☐ El Salvador
- ☐ Equatorial Guinea
- ☐ Eritrea
- ☐ Estonia
- ☐ Ethiopia
- ☐ Fiji
- ☐ Finland
- ☐ France
- ☐ Gabon
- ☐ Gambia
- ☐ Georgia
- ☐ Germany
- ☐ Ghana
- ☐ Greece
- ☐ Grenada

- ☐ Guatemala
- ☐ Guinea
- ☐ Guinea-Bissau
- ☐ Guyana
- ☐ Haiti
- ☐ Honduras
- ☐ Hungary
- ☐ Iceland
- ☐ India
- ☐ Indonesia
- ☐ Iran
- ☐ Iraq
- ☐ Ireland
- ☐ Israel
- ☐ Italy
- ☐ Jamaica
- ☐ Japan
- ☐ Jordan
- ☐ Kazakhstan
- ☐ Kenya
- ☐ Kiribati
- ☐ Kosovo
- ☐ Kuwait
- ☐ Kyrgyzstan
- ☐ Laos
- ☐ Latvia
- ☐ Lebanon
- ☐ Lesotho
- ☐ Liberia
- ☐ Libya
- ☐ Liechtenstein
- ☐ Lithuania
- ☐ Luxembourg
- ☐ Macedonia
- ☐ Madagascar
- ☐ Malawi
- ☐ Malaysia
- ☐ Maldives
- ☐ Mali
- ☐ Malta
- ☐ Marshall Islands
- ☐ Mauritania
- ☐ Mauritius
- ☐ Mexico
- ☐ Micronesia
- ☐ Moldova
- ☐ Monaco
- ☐ Mongolia
- ☐ Montenegro
- ☐ Morocco
- ☐ Mozambique
- ☐ Myanmar (Burma)
- ☐ Namibia
- ☐ Nauru
- ☐ Nepal
- ☐ Netherlands
- ☐ New Zealand
- ☐ Nicaragua
- ☐ Niger
- ☐ Nigeria
- ☐ North Korea
- ☐ Norway
- ☐ Oman
- ☐ Pakistan
- ☐ Palau
- ☐ Palestine
- ☐ Panama
- ☐ Papua New Guinea
- ☐ Paraguay
- ☐ Peru
- ☐ Philippines

- ☐ Poland
- ☐ Portugal
- ☐ Qatar
- ☐ Romania
- ☐ Russia
- ☐ Rwanda
- ☐ Samoa
- ☐ San Marino
- ☐ Sao Tome and Principe
- ☐ Saudi Arabia
- ☐ Senegal
- ☐ Serbia
- ☐ Seychelles
- ☐ Sierra Leone
- ☐ Singapore
- ☐ Slovakia
- ☐ Slovenia
- ☐ Solomon Islands
- ☐ Somalia
- ☐ South Africa
- ☐ South Korea
- ☐ South Sudan
- ☐ Spain
- ☐ Sri Lanka
- ☐ St. Kitts and Nevis
- ☐ St. Lucia
- ☐ St. Vincent and The Grenadines
- ☐ Sudan
- ☐ Suriname
- ☐ Swaziland
- ☐ Sweden
- ☐ Switzerland
- ☐ Syria
- ☐ Taiwan
- ☐ Tajikistan
- ☐ Tanzania
- ☐ Thailand
- ☐ Timor-Leste
- ☐ Togo
- ☐ Tonga
- ☐ Trinidad and Tobago
- ☐ Tunisia
- ☐ Turkey
- ☐ Turkmenistan
- ☐ Tuvalu
- ☐ Uganda
- ☐ UK (United Kingdom)
- ☐ Ukraine
- ☐ United Arab Emirates
- ☐ Uruguay
- ☐ Uzbekistan
- ☐ Vanuatu
- ☐ Vatican City (Holy See)
- ☐ Venezuela
- ☐ Vietnam
- ☐ Yemen
- ☐ Zambia
- ☐ Zimbabwe
- ☐ Don't know

How many years have you lived in the United States? _____

(Number of years.) _____

Do you have any parents/guardians born outside the US? _____

If yes, please list in which non-US country/countries: _____

Does the child have any other family members born outside the US?

- ☐ Child's other parent/guardian
☐ Parent/guardian of the child's other parent/guardian
☐ Someone else
☐ None

What is your native language? In other words, what was the first language (or languages) most spoken to you by your parents or guardians after birth?

- ☐ English
☐ Spanish
☐ English and Spanish equally
☐ Other
 (If Other, please specify: _____)

Are you now married, widowed, divorced, separated, never married or living with a partner?

- ☐ Married
☐ Widowed
☐ Divorced
☐ Separated
☐ Never married
☐ Living with partner

What is the highest grade or level of school you have completed or the highest degree you have received?

- ☐ Never attended/Kindergarten Only
☐ Elementary/Primary School
☐ Some Middle/High School
☐ High School Graduate
☐ GED or equivalent
☐ Some College
☐ Associate degree: Occupational
☐ Associate degree: Academic
☐ Bachelor's degree (ex. BA)
☐ Master's degree (ex. MA)
☐ Professional School degree (ex. MD)
☐ Doctoral degree (ex. PhD)

Are you working now, looking for work, retired, stay at home parent, a student, or something else?

- ☐ Working now: full-time
☐ Working now: part-time
☐ Temporarily laid off
☐ Sick leave
☐ Maternity leave
☐ Looking for work
☐ Unemployed not looking for work
☐ Retired
☐ Disabled: permanently or temporarily
☐ Stay at home parent
☐ Student
☐ Other
 (If Other, please explain: _____)

Is there another person that helps with regular childcare responsibilities for the child? Please select all that apply.

- ☐ Child's other parent
☐ Spouse or partner who is not the child's parent
☐ Family member (e.g., grandparent, aunt/uncle, etc.)
☐ Friend
☐ Other
 (If Other, please specify: _____)

Questions About Your Household

What is your TOTAL COMBINED FAMILY INCOME for the past 12 months?

This should include income (before taxes and deductions) from all sources, wages, rent from properties, social security, disability and/or veteran's benefits, unemployment benefits, workman's compensation, help from relative (include child payments and alimony), and so on.

- ☐ Less than \$5,000
- ☐ \$5,000 through \$11,999
- ☐ \$12,000 through \$15,999
- ☐ \$16,000 through \$24,999
- ☐ \$25,000 through \$34,999
- ☐ \$35,000 through \$49,999
- ☐ \$50,000 through \$74,999
- ☐ \$75,000 through \$99,999
- ☐ \$100,000 through \$199,999
- ☐ \$200,000 and greater
- ☐ Don't know

How many people are living at your address (including you)? INCLUDE everyone who is living or staying at your address for more than 2 months.

Is there another household in which the child spends a significant amount of time?

- ☐ Yes
- ☐ No

About how many hours per week does the child spend at this other household?

(Hours/Week (168 hours = 1 week))

Questions About the Child

How many years old was the child at the time of adoption? _____

(Age in years.) _____

What grade is the child in? If it is summer, indicate grade the child last completed.

- ☐ Kindergarten
- ☐ 1st grade
- ☐ 2nd grade
- ☐ 3rd grade
- ☐ 4th grade
- ☐ 5th grade
- ☐ 6th grade
- ☐ 7th grade
- ☐ 8th grade
- ☐ 9th grade
- ☐ 10th grade
- ☐ 11th grade
- ☐ 12th grade

Select the child's current school setting:

(If summer, answer for last grade completed.) _____

If Other, please specify: _____

What kind of grades does the child get on average?

- ☐ A's / Excellent
- ☐ B's / Good
- ☐ C's / Average
- ☐ D's / Below Average
- ☐ F's / Struggling a lot
- ☐ Ungraded
- ☐ Not applicable

Does the child currently have an Individualized Education Plan or IEP?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know
-

Does the child currently have an Individualized Education Plan (IEP) or 504 Plan?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know
-

Has the child ever had an Individualized Education Plan or IEP?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know
-

Has the child ever had an Individualized Education Plan (IEP) or 504 Plan?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know
-

Please indicate what grades they've repeated in the past:

- ☐ None
☐ 1st
☐ 2nd
☐ 3rd
☐ 4th
☐ 5th
☐ 6th
☐ 7th
☐ 8th
☐ Don't know
-

Please indicate what grades they've repeated in the past:

- ☐ None
☐ Kindergarten
☐ 1st
☐ 2nd
☐ 3rd
☐ 4th
☐ 5th
☐ 6th
☐ 7th
☐ 8th
☐ Don't know
-

What sex was the child assigned at birth, on the original birth certificate?

- ☐ Male
☐ Female
☐ Intersex-Male
☐ Intersex-Female
☐ Don't know
-

What is the child's current gender identity?

- ☐ Male
☐ Female
☐ Trans male
☐ Trans female
☐ Gender queer
☐ Other
☐ Don't know
(If Other, please specify: _____)
-

Would you describe the child as:

- ☐ Heterosexual (straight)
☐ Gay or lesbian
☐ Bisexual
☐ Other
☐ Unsure
(If Other, please specify: _____)
-

What race do you consider the child to be? Please check all that apply.

- ☐ White
 - ☐ Black/African American
 - ☐ American Indian, Native American
 - ☐ Alaska Native
 - ☐ Native Hawaiian
 - ☐ Guamanian
 - ☐ Samoan
 - ☐ Other Pacific Islander
 - ☐ Asian Indian
 - ☐ Chinese
 - ☐ Filipino
 - ☐ Japanese
 - ☐ Korean
 - ☐ Vietnamese
 - ☐ Other Asian
 - ☐ Other Race
 - ☐ Don't Know
- (If Other, please specify: _____)

Do you consider the child Hispanic/Latino/Latina?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Don't know

Please choose the group that best represents the child's Hispanic origin or ancestry.

- ☐ Puerto Rican
- ☐ Dominican (Republic)
- ☐ Mexican
- ☐ Cuban
- ☐ Central American
- ☐ South American
- ☐ Other Latin American
- ☐ Other Hispanic
- ☐ Don't know

In which country was the child born?

- ☐ USA (United States of America - including territories such as Puerto Rico)
- ☐ Afghanistan
- ☐ Albania
- ☐ Algeria
- ☐ Andorra
- ☐ Angola
- ☐ Antigua and Barbuda
- ☐ Argentina
- ☐ Armenia
- ☐ Australia
- ☐ Austria
- ☐ Azerbaijan
- ☐ Bahamas
- ☐ Bahrain
- ☐ Bangladesh
- ☐ Barbados
- ☐ Belarus
- ☐ Belgium
- ☐ Belize
- ☐ Benin
- ☐ Bhutan
- ☐ Bolivia
- ☐ Bosnia and Herzegovina
- ☐ Botswana
- ☐ Brazil
- ☐ Brunei
- ☐ Bulgaria
- ☐ Burkina Faso
- ☐ Burundi
- ☐ Cabo Verde
- ☐ Cambodia
- ☐ Cameroon
- ☐ Canada
- ☐ Central African Republic
- ☐ Chad
- ☐ Chile
- ☐ China
- ☐ Colombia
- ☐ Comoros
- ☐ Congo (Brazzaville)
- ☐ Congo (Kinshasa)
- ☐ Costa Rica
- ☐ Cote d'Ivoire
- ☐ Croatia
- ☐ Cuba
- ☐ Cyprus
- ☐ Czech Republic
- ☐ Denmark
- ☐ Djibouti
- ☐ Dominica
- ☐ Dominican Republic
- ☐ Ecuador
- ☐ Egypt
- ☐ El Salvador
- ☐ Equatorial Guinea
- ☐ Eritrea
- ☐ Estonia
- ☐ Ethiopia
- ☐ Fiji
- ☐ Finland
- ☐ France
- ☐ Gabon
- ☐ Gambia
- ☐ Georgia
- ☐ Germany
- ☐ Ghana
- ☐ Greece
- ☐ Grenada

- ☐ Guatemala
- ☐ Guinea
- ☐ Guinea-Bissau
- ☐ Guyana
- ☐ Haiti
- ☐ Honduras
- ☐ Hungary
- ☐ Iceland
- ☐ India
- ☐ Indonesia
- ☐ Iran
- ☐ Iraq
- ☐ Ireland
- ☐ Israel
- ☐ Italy
- ☐ Jamaica
- ☐ Japan
- ☐ Jordan
- ☐ Kazakhstan
- ☐ Kenya
- ☐ Kiribati
- ☐ Kosovo
- ☐ Kuwait
- ☐ Kyrgyzstan
- ☐ Laos
- ☐ Latvia
- ☐ Lebanon
- ☐ Lesotho
- ☐ Liberia
- ☐ Libya
- ☐ Liechtenstein
- ☐ Lithuania
- ☐ Luxembourg
- ☐ Macedonia
- ☐ Madagascar
- ☐ Malawi
- ☐ Malaysia
- ☐ Maldives
- ☐ Mali
- ☐ Malta
- ☐ Marshall Islands
- ☐ Mauritania
- ☐ Mauritius
- ☐ Mexico
- ☐ Micronesia
- ☐ Moldova
- ☐ Monaco
- ☐ Mongolia
- ☐ Montenegro
- ☐ Morocco
- ☐ Mozambique
- ☐ Myanmar (Burma)
- ☐ Namibia
- ☐ Nauru
- ☐ Nepal
- ☐ Netherlands
- ☐ New Zealand
- ☐ Nicaragua
- ☐ Niger
- ☐ Nigeria
- ☐ North Korea
- ☐ Norway
- ☐ Oman
- ☐ Pakistan
- ☐ Palau
- ☐ Palestine
- ☐ Panama
- ☐ Papua New Guinea
- ☐ Paraguay
- ☐ Peru
- ☐ Philippines

- ☐ Poland
- ☐ Portugal
- ☐ Qatar
- ☐ Romania
- ☐ Russia
- ☐ Rwanda
- ☐ Samoa
- ☐ San Marino
- ☐ Sao Tome and Principe
- ☐ Saudi Arabia
- ☐ Senegal
- ☐ Serbia
- ☐ Seychelles
- ☐ Sierra Leone
- ☐ Singapore
- ☐ Slovakia
- ☐ Slovenia
- ☐ Solomon Islands
- ☐ Somalia
- ☐ South Africa
- ☐ South Korea
- ☐ South Sudan
- ☐ Spain
- ☐ Sri Lanka
- ☐ St. Kitts and Nevis
- ☐ St. Lucia
- ☐ St. Vincent and The Grenadines
- ☐ Sudan
- ☐ Suriname
- ☐ Swaziland
- ☐ Sweden
- ☐ Switzerland
- ☐ Syria
- ☐ Taiwan
- ☐ Tajikistan
- ☐ Tanzania
- ☐ Thailand
- ☐ Timor-Leste
- ☐ Togo
- ☐ Tonga
- ☐ Trinidad and Tobago
- ☐ Tunisia
- ☐ Turkey
- ☐ Turkmenistan
- ☐ Tuvalu
- ☐ Uganda
- ☐ UK (United Kingdom)
- ☐ Ukraine
- ☐ United Arab Emirates
- ☐ Uruguay
- ☐ Uzbekistan
- ☐ Vanuatu
- ☐ Vatican City (Holy See)
- ☐ Venezuela
- ☐ Vietnam
- ☐ Yemen
- ☐ Zambia
- ☐ Zimbabwe
- ☐ Don't know

How many years has the child lived in the United States? _____

(Number of years.) _____

How many siblings does the child have?

Of the children in your family, what is the age order of the child?

- ☐ First (eldest)
☐ Second
☐ Third
☐ Fourth
☐ Fifth or younger

What is the child's native language? In other words, what was the first language (or languages) most spoken to the child by their parents or guardians after birth?

- ☐ English
☐ Spanish
☐ English and Spanish equally
☐ Other
(If Other, please specify: _____)

What is the earliest AGE that the child was regularly spoken to in ENGLISH by a parent/caregiver/relative or teacher?

((Age in years.))

Has the child ever been regularly spoken to in a language other than ENGLISH in the home or by a parent/caregiver/relative or teacher?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know
(If yes, which language? _____)

What is the earliest AGE that the child was regularly spoken to in the OTHER language by a parent/caregiver/relative or teacher?

((Age in years.))

Questions About the Child's Birth and Health History

Did the child have any complications at birth?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know

If yes, please specify:

Was the child ever diagnosed with a speech or language impairment, delay, or disorder?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know

Diagnosis 1

What was the diagnosis? _____
How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.)

Diagnosis 2

What was the diagnosis? _____
How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.)

Diagnosis 3

What was the diagnosis?

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.)

Diagnosis 4

What was the diagnosis? _____

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.) _____

Diagnosis 5

What was the diagnosis? _____

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.) _____

Diagnosis 6

What was the diagnosis? _____

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.) _____

Diagnosis 7

What was the diagnosis? _____

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.) _____

Diagnosis 8

What was the diagnosis? _____

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.) _____

Diagnosis 9

What was the diagnosis? _____

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.) _____

Diagnosis 10

What was the diagnosis? _____

How many years old was the child when diagnosed? _____

(Age in years.) _____

Was the child born prematurely?

- ☐ Yes
☐ No
☐ Don't know
-

About how many weeks premature was the child when they were born?

((Number of weeks.))

Example:

full term = 40 weeks, born at 36 weeks = 4 weeks

premature, born at 32 weeks = 8 weeks premature

About how many months was the child breastfed?

(Number of months.) _____

At approximately what age (number of months) was the child FIRST able to walk without assistance?

(Age in months.) _____

At approximately what age (number of months) was the child FIRST able to say their first word?

(Number of months.) _____

Would you say the child's motor development (sitting, crawling, walking) was earlier, average, or later than most other children?

- ☐ Much earlier
- ☐ Somewhat earlier
- ☐ About average
- ☐ Somewhat later
- ☐ Much later
- ☐ Don't know

Would you say the child's speech development was earlier, average, or later than most other children?

- ☐ Much earlier
- ☐ Somewhat earlier
- ☐ About average
- ☐ Somewhat later
- ☐ Much later
- ☐ Don't know

Has the child ever been to a doctor, nurse, the emergency room, or a clinic for any of these things? Please check all that apply.

- ☐ Hearing Problem
 - ☐ Epilepsy or Seizures
 - ☐ Very Bad Headaches
 - ☐ Head Injury
 - ☐ Knocked Unconscious
 - ☐ General Anesthesia or Sedation for any surgery or procedure
 - ☐ Other Neurological Concerns
 - ☐ None
- (If Other Neurological Concerns, please specify: _____)

Is the child able to see the difference between blue and green?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Don't know

How about the difference between blue and yellow?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Don't know

Brief Fear Of Negative Evaluation (Parent Report)

Please select the option that best corresponds to how much you agree with each item.

	Not at all characteristic of my child	A little characteristic of my child	Somewhat characteristic of my child	Very characteristic of my child	Entirely characteristic of my child
68) My child worries about what other people will think of them even when they know it doesn't make any difference.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69) It bothers my child when people form an unfavorable impression of them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70) My child is frequently afraid of other people noticing their shortcomings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71) My child worries about what kind of impression they make on people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72) My child is afraid that others will not approve of them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73) My child is afraid that other people will find fault with them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74) My child is concerned about other people's opinions of them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75) When my child is talking to someone, they worry about what this person may be thinking about them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76) My child is usually worried about what kind of impression they make.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77) If my child knows someone is judging them, it tends to bother them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78) Sometimes my child thinks they are too concerned with what other people think of them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79) My child often worries that they will say or do wrong things.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

The Fear of Positive Evaluation Scale (Parent Report)

Read each of the following statements carefully and select an option to indicate the degree to which you feel the statement is characteristic of your child. For each statement, respond as though it involves people that your child does not know very well.

	Not at all True					Somew hat True					Very True
80) My child is uncomfortable exhibiting their talents to others, even if they think their talents will impress them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81) It would make my child anxious to receive a compliment from someone that they were attracted to.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82) My child tries to choose clothes that will give people little impression of what they are like.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83) My child feels uneasy when they receive praise from authority figures.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84) If my child has something to say that they think a group will find interesting, they typically say it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85) My child would rather receive a compliment from someone when they were alone with that person than when in the presence of others.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86) If my child was doing something well in front of others, they would wonder whether they were doing "too well."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87) My child generally feels uncomfortable when people give them compliments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88) My child doesn't like to be noticed when they are in public places, even if they feel as though they are being admired.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89) My child often feels under-appreciated, and wishes people would comment more on their positive qualities.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SPAI-C (Parent Version)

Below are some places or activities that sometimes make boys or girls feel nervous or scared. All of these activities are called social situations because they involve being with other people. Social situations include playing outside with other boys and girls, playing a sport while others are watching, being in a play or recital, going to a party or a meeting, playing at the playground or just being around other boys and girls at school.

Think about your child and select the option that shows how often your child would feel nervous or scared when doing the following.

- | | |
|---|---|
| 90) My child feels scared when he/she is with other boys and girls or adults and he/she has to do something while they watch (read aloud, play a game, play a sport). | <input type="radio"/> Never, or Hardly Ever
<input type="radio"/> Sometimes
<input type="radio"/> Most of the Time, or Always |
| 91) My child feels scared when he/she has to speak or read in front of a group of people. | <input type="radio"/> Never, or Hardly Ever
<input type="radio"/> Sometimes
<input type="radio"/> Most of the Time, or Always |

If somebody starts arguing with my child, he/she feels scared and does not know what to do if that person is...

- | | Never, or Hardly Ever | Sometimes | Most of the Time, or Always |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 92) ...same age boys or girls he/she does know. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 93) ...same age boys or girls he/she does not know. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 94) ...adults. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

If somebody asks my child to do something that he/she does not want to do, my child feels scared and does not know what to do if that person is...

- | | Never, or Hardly Ever | Sometimes | Most of the Time, or Always |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 95) ...same age boys or girls he/she does know. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 96) ...same age boys or girls he/she does not know. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 97) ...adults. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

My child feels scared and does not know what to do when in an embarrassing situation with...

- | | Never, or Hardly Ever | Sometimes | Most of the Time, or Always |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 98) ...same age boys or girls he/she does know. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 99) ...same age boys or girls he/she does not know. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 100) ...adults. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

If somebody says something that my child thinks is wrong or bad, my child feels scared saying what he/she thinks if that person is...

	Never, or Hardly Ever	Sometimes	Most of the Time, or Always
101) ...same age boys or girls he/she does know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102) ...same age boys or girls he/she does not know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103) ...adults.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

My child feels scared when he/she starts to talk to...

	Never, or Hardly Ever	Sometimes	Most of the Time, or Always
104) ...same age boys or girls he/she does know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105) ...same age boys or girls he/she does not know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106) ...adults.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

My child feels scared if he/she has to talk for longer than a few minutes with...

	Never, or Hardly Ever	Sometimes	Most of the Time, or Always
107) ...same age boys or girls he/she does know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108) ...same age boys or girls he/she does not know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109) ...adults.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

My child feels scared when speaking (giving a book report, reading in front of the class) in front of...

	Never, or Hardly Ever	Sometimes	Most of the Time, or Always
110) ...same age boys or girls he/she does know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111) ...same age boys or girls he/she does not know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112) ...adults.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

My child feels scared when he/she is in a school play, choir, music or dance recital in front of...

	Never, or Hardly Ever	Sometimes	Most of the Time, or Always
113) ...same age boys or girls he/she does know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114) ...same age boys or girls he/she does not know.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115) ...adults.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

116) My child usually does not speak to anyone until they speak to him/her.

- ☐ Never, or Hardly Ever
☐ Sometimes
☐ Most of the Time, or Always

Parent Report on Child Error Sensitivity Index

	not at all	somewhat	a lot
117) When my child makes a mistake, they feel upset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118) When my child makes a mistake, their stomach feels sick.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119) When my child makes a mistake, they always want to fix it.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120) When someone notices that my child made a mistake, my child feels upset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121) My child is afraid of making mistakes in front of other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122) My child likes to do things perfectly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123) My child feels upset when other people do not like what they have done.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124) When my child makes a mistake, they feel anxious.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125) When my child makes a mistake, they start sweating or blushing.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Parent Sensitivity to Child Errors Index

Please indicate to what extent each statement is true about the way you feel about your child.

	not at all like you	a little like you	moderately like you	a lot like you	extremely like you
126) When I notice a mistake my child made, I feel upset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127) My stomach feels like it "drops" when I see my child make a mistake.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128) If my child makes a mistake, I have a strong urge to fix it immediately.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129) When someone notices my child did something wrong, I feel upset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130) I am afraid of my child making mistakes in front of other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131) I feel an urge to check over things my child has done to make sure they did not make a mistake.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132) If my child makes a mistake and I can't fix it, I feel like "something isn't right."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133) I have a strong need for my child to do things close to perfectly.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134) I feel upset when other people criticize something my child has done.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135) When my child makes a mistake, I feel anxious.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136) I often want to make sure something my child has done is "just right" or perfect.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137) When someone notices a mistake my child made, I feel more upset than other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138) I am more concerned about my child's mistakes than other people's mistakes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139) After my child makes a mistake, I think about it for a long time.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
140) My child making mistakes means I am a less good person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
141)					

- | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| When my child makes a mistake, I start sweating or blushing. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 142) I like to feel in control of my child more than other people do. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 143) My child being good at something means not making mistakes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 144) I care about my child making mistakes during silly tasks, even when I know it doesn't matter. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 145) I like to watch my child do things to make sure they don't make mistakes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DERS-P

Please indicate how often the following statements apply to your child by choosing the appropriate option.

	Almost never	Sometimes	About half the time	Most of the time	Almost always
146) My child is clear about their feelings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
147) My child pays attention to how they feel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
148) My child experiences their emotions as overwhelming and out of control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
149) My child is attentive to their feelings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
150) My child knows exactly how they are feeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
151) My child cares about what they are feeling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
152) When my child is upset, they acknowledge their emotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
153) When my child is upset, they become angry with themselves for feeling that way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
154) When my child is upset, they become embarrassed for feeling that way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
155) When my child is upset, they have difficulty getting work done.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
156) When my child is upset, they become out of control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
157) When my child is upset, they believe that they will remain that way for a long time.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
158) When my child is upset, they believe that they will end up feeling very depressed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
159) When my child is upset, they have difficulty focusing on other things.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
160) When my child is upset, they feel out of control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
161) When my child is upset, they feel ashamed with themselves for feeling that way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
162)					

When my child is upset, they know that they can find a way to eventually feel better.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
163) When my child is upset, they feel like they are weak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
164) When my child is upset, they feel like they can remain in control of their behaviors.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
165) When my child is upset, they feel guilty for feeling that way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
166) When my child is upset, they have difficulty concentrating.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
167) When my child is upset, they have difficulty controlling their behaviors.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
168) When my child is upset, they believe that there is nothing they can do to make themselves feel better.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
169) When my child is upset, they become irritated with themselves for feeling that way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
170) When my child is upset, they start to feel very bad about themselves.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
171) When my child is upset, they lose control over their behaviors.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
172) When my child is upset, they have difficulty thinking about anything else.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
173) When my child is upset, it takes them a long time to feel better.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
174) When my child is upset, their emotions feel overwhelming.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Please select the option that shows how often each of these things happens for your child.

	Never	Sometimes	Often	Always
175) My child feels sad or empty	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
176) My child worries when he/she thinks he/she has done poorly at something	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
177) My child feels afraid of being alone at home	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
178) Nothing is much fun for my child anymore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
179) My child worries that something awful will happen to someone in the family	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
180) My child is afraid of being in crowded places (like shopping centers, the movies, buses, busy playgrounds)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
181) My child worries what other people think of him/her	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
182) My child has trouble sleeping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
183) My child feels scared to sleep on his/her own	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
184) My child has problems with his/her appetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
185) My child suddenly becomes dizzy or faint when there is no reason for this	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
186) My child has to do somethings over and over again (like washing hands, cleaning, or putting things in a certain order)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
187) My child has no energy for things	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
188) My child suddenly starts to tremble or shake when there is no reason for this	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
189) My child cannot think clearly	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
190) My child feels worthless	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
191)				

My child has to think of special thoughts (like numbers or words) to stop bad things from happening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
192) My child thinks about death	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
193) My child feels like he/she does not want to move	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
194) My child worries that he/she will suddenly get a scared feeling when there is nothing to be afraid of	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
195) My child is tired a lot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
196) My child feels afraid that he/she will make a fool of him/herself in front of people	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
197) My child has to do some things in just the right way to stop bad things from happening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
198) My child feels restless	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
199) My child worries that something bad will happen to him/her	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Revised Peer Experiences Questionnaire (Parent Report)

Please read the questions and answer how often this happens to your child. The questions say "a teen," but imagine that "teen" just means someone in your child's age group.

	never	once or twice	a few times	about once a week	a few times a week
200) A teen chased my child like he or she was really trying to hurt them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
201) A teen threatened to hurt or beat up my child.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
202) A teen hit, kicked, or pushed my child in a mean way.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
203) Some teens left my child out of an activity or conversation that they really wanted to be included in.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
204) A teen did not invite my child to a party or other social event even though they knew that my child wanted to go.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
205) A teen left my child out of what they were doing.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
206) A teen tried to damage my child's social reputation by spreading rumors about them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
207) Another teen gossiped about my child so that others would not like them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
208) Another teen said mean things about my child so that people would think that my child was a 'loser.'	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
209) Another teen helped my child when they were having a problem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
210) Another teen was nice and friendly to my child when they needed help.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
211) Another teen stuck up for my child when they were being picked on or excluded.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
212)					

A teen helped my child join into a group or conversation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
213) A teen spent time with my child when they had no one else to hang out with.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Everyday Discrimination Scale (Short Version, Parent Report) / Heightened Vigilance Scale (Parent Report)

In your child's day-to-day life, how often have any of the following things happened to them?

	Almost everyday	At least once a week	A few times a month	A few times a year	Less than once a year	Never
Your child is treated with less courtesy or respect than other people.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Your child receives poorer service than other people at restaurants or stores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
People act as if they think your child is not smart.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
People act as if they are afraid of your child.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Your child is threatened or harassed.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If you answered "A few times a year" or more frequently to at least one question above:

What do you think is the main reason for these experiences? (Check all that apply)

- ☐ Your child's ancestry or national origins
- ☐ Your child's gender
- ☐ Your child's race
- ☐ Your child's age
- ☐ Your child's religion
- ☐ Your child's height
- ☐ Your child's weight
- ☐ Some other aspect of your child's physical appearance
- ☐ Your child's sexual orientation
- ☐ Your family's education or income level
- ☐ A physical disability
- ☐ Your child's shade of skin color
- ☐ Other (SPECIFY)

In dealing with these day-to-day experiences that you just told me about, how often does your child:

	Very often	Fairly often	Not too often	Hardly ever	Never
Think in advance about the kinds of problems they are likely to experience?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Try to prepare for possible insults before leaving home?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Feel that they always have to be very careful about their appearance to get good service or avoid being harassed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carefully watch what they say and how they say it?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carefully observe what happens around them?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Try to avoid certain social situations and places?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

227) What is your child's height?

((In feet and inches.))

228) What is your child's weight?

((In pounds.))

PSB-P

For each item, select the option for Not True, Somewhat True, or Certainly True. It would help us if you answered all items as best you can even if you are not absolutely certain. Please give your answers on the basis of the child's behavior over the last six months or this school year.

	Not True	Somewhat True	Certainly True
229) My child is considerate of other people's feelings.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
230) My child is helpful if someone is hurt, upset, or feeling ill.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
231) My child often offers to help others (parents, teachers, other children).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

What sex was the child assigned at birth, on the original birth certificate?

- ☐ Male
- ☐ Female
- ☐ Intersex-Male
- ☐ Intersex-Female
- ☐ Don't know

Would you say that your child's growth in height:

- ☐ Has not yet begun to spurt
- ☐ Has barely started
- ☐ Is definitely underway
- ☐ Seems complete
- ☐ I don't know

And how about the growth of your child's body hair ("body hair" means hair any place other than their head, such as under their arms)? Would you say that your child's body hair growth:

- ☐ Has not yet begun to grow
- ☐ Has barely started to grow
- ☐ Is definitely underway
- ☐ Seems complete
- ☐ I don't know

Have you noticed any changes to their skin, especially pimples?

- ☐ Skin has not yet started changing
- ☐ Skin has barely started changing
- ☐ Skin changes are definitely underway
- ☐ Skin changes seem complete
- ☐ I don't know

Have you noticed that your child's breasts have begun to grow?

- ☐ Have not yet started growing
- ☐ Have barely started growing
- ☐ Breast growth is definitely underway
- ☐ Breast growth seems complete
- ☐ I don't know

Has your child begun to menstruate?

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ I don't know

How old were they when they started to menstruate? _____ (In years.)

Have you noticed a deepening of his voice?

- ☐ Voice has not yet started changing
 - ☐ Voice has barely started changing
 - ☐ Voice changes are definitely underway
 - ☐ Voice changes seem complete
 - ☐ I don't know
-

Has he begun to grow hair on his face?

- ☐ Facial hair has not yet started growing
- ☐ Facial hair has barely started growing
- ☐ Facial hair has definitely started
- ☐ Facial hair growth seems complete
- ☐ I don't know

LSASp_s1_r1_e1

1. Talking on the phone to classmates or other people.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoidance	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Participating in a small group activity in class.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoidance	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Eating in front of others (e.g., school cafeteria, restaurant).

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoidance	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Asking an adult that your child doesn't know well for help (e.g., store clerk, principal, police officer).

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoidance	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Giving an oral report or presentation in class.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoidance	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Going to parties, social gatherings, or other after-school social activities.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avoidance	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Writing on the board in front of the class.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Talking to other kids that your child doesn't know well.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Starting a conversation with people your child doesn't know well.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Using school or public bathrooms.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Going into a classroom or another place (e.g., church, cafeteria) when other people are already there.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Being the center of attention (e.g., child's birthday party).

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Asking questions in class.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Answering questions in class.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Reading out loud in class.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Taking tests.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Saying "no" when people ask your child to do things he/she doesn't want to do (e.g., to borrow something or to look at homework).

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Your child telling people that he/she doesn't agree with them or that he/she is mad at them.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Looking at people your child doesn't know well in the eye.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Asking questions in a store (e.g., to exchange something).

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Playing a sport or performing in front of other people (e.g., school show, musical performance).

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Joining a club or group.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Meeting new people.

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Asking a teacher permission to leave the classroom (e.g., go to the bathroom or the school nurse).

	None0	Mild1	Moderate2	Severe3
Fear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Never0	Occasionally1	Often2	Usually3
Avoidance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Sums

LSAS-Parent Fear Sum

LSAS-Parent Avoidance Sum

LSAS-Parent Total Sum

Es usted un niño/a o padre/guardián?

- ☐ Niño/a
☐ Padre/guardián

ADVERTENCIA: Este cuestionario está diseñado para el padre/guardián, no el niño/a. Por favor deje saber al evaluador que ha ocurrido un error.

Formulario Informativo

Información del niño/a

Nombre del niño/a Primer nombre:

Segundo nombre:

Apellido:

Podemos contactar al niño/a por teléfono celular? _____

Podemos contactar al niño/a por correo electrónico? _____

Fecha de nacimiento del niño/a: Mes:

Día:

Año:

Ciudad de nacimiento del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a

El niño/a tiene más de una dirección de hogar?

☐ Sí
☐ No

Dirección de hogar primario del niño/a Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Cuántos años ha vivido el niño/a en su dirección de hogar primario? _____ (Número de años.)

Dirección de hogar secundario del niño/a Calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Cuántos años ha vivido el niño/a en su dirección de hogar secundario? _____

Nombre y dirección de la escuela del niño/a: _____
Cuántos años ha asistido el niño/a a esta escuela? _____

(Número de años.)

Su información (Padre/guardián completando este formulario)

Primer nombre:

Apellido:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono de casa:

Teléfono celular:

Teléfono de trabajo:

Cuál es su relación con el niño/a

- ☐ madre biológica
☐ padre biológico
☐ madre adoptiva
☐ padre adoptivo
☐ madrastra
☐ padrastro
☐ padre o madre de crianza temporal
☐ otra
(Si otra, por favor especifique: _____)

El niño/a vive con usted todo el tiempo?

- ☐ Sí
☐ No

Cuál es la frecuencia de contacto entre usted y el niño/a?

- ☐ no hay contacto
☐ 1-2 días al mes
☐ 3-4 días al mes
☐ 5-9 días al mes
☐ 10 o más días al mes
☐ no es regular (por ejemplo, sólo en vacaciones o una vez al año)
(Si no es regular, cuántos días al año? _____)

El niño/a tiene un segundo padre/guardián?

- ☐ Sí
☐ No

Podemos contactar a esta persona sobre el niño/a?

- ☐ Sí
☐ No

Información del padre/guardián 2

Primer nombre:

Apellido:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono de casa:

Teléfono celular:

Teléfono de trabajo:

Cuál es la relación del padre/guardián 2 con el niño/a

- ☐ madre biológica
☐ padre biológico
☐ madre adoptiva
☐ padre adoptivo
☐ madrastra
☐ padrastro
☐ padre o madre de crianza temporal
☐ otra
(Si otra, por favor especifique: _____)

El niño/a vive con el padre/guardián 2 todo el tiempo?

- ☐ Yes
☐ No

Cuál es la frecuencia de contacto entre el niño/a y el padre/guardián 2?

- ☐ no hay contacto
☐ 1-2 días al mes
☐ 3-4 días al mes
☐ 5-9 días al mes
☐ 10 o más días al mes
☐ no es regular (por ejemplo, sólo en vacaciones o una vez al año)
(Si no es regular, cuántos días al año? _____)

Formulario de localizador de cliente

Por favor indique el nombre, dirección y número de teléfono de tres personas que sean capaces de contactarle, en caso de que usted se mude, si nosotros no podemos localizarle para su participación en cualquier cita de seguimiento. Esta persona no tiene que vivir en esta area. Nosotros no compartiremos ninguna información confidencial, sólo que usted estuvo en FIU por motivos de investigación.

Persona 1 Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación:

Persona 2 Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación:

Persona 3 Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación:

Información de Salud del Niño/a

El niño/a ha recibido (actualmente o en el pasado) tratamiento para cualquier problema emocional o psicológico? Los problemas pueden incluir pero no limitarse a ansiedad, depresión, abuso de sustancias, desórdenes alimenticios, TDAH y autismo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé
☐ Prefiero no responder
((Usted proveerá detalles abajo.))

El niño/a ha tomado algún medicamento (con o sin prescripción) en las últimas dos semanas?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé
☐ Prefiero no responder
((Usted proveerá detalles abajo.))

Por favor indique todos los tratamientos y/o evaluaciones actuales o pasados que el niño ha recibido por cualquier problema emocional o psicológico.

Tratamiento 1

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 2 Problema: _____ Tipo de tratamiento y/o medicamento: _____ Fecha de inicio: _____ (Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____ (Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 3

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 4

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____
05/08/2024 11:44am

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 5

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 6

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 7

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 8

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 9

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Tratamiento 10

Problema:

Tipo de tratamiento y/o medicamento:

Fecha de inicio: _____

(Indique mes y año.) Fecha de finalización: _____

(Indique mes y año; responda "NA" si continúa.)

Por favor indique todos los medicamentos (con o sin prescripción) que el niño/a ha tomado en las últimas dos semanas.

Medicamento 1

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 2

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 3

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 4

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 5

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 6

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 7

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 8

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 9

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Medicamento 10

Nombre del medicamento: _____ Ha tomado el medicamento en las últimas 24 horas? _____

Razón para tomar el medicamento:

Preguntas acerca de usted

Usted es:

- ☐ Padre o madre biológico/a del niño / de la niña
☐ Padre o madre adoptivo/a del niño/a
☐ El padre o la madre que tiene la custodia del niño/a
☐ Otro

Cuál es su fecha de nacimiento?

Cuál fue su sexo asignado al nacer, en el certificado de nacimiento original?

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Intersexo-masculino
☐ Intersexo-femenino
☐ No lo sé

Cuál es su identidad de género actual?

- ☐ Hombre
☐ Mujer
☐ Transgénero masculino / hombre transgénero
☐ Transgénero femenino / mujer transgénero
☐ Intergénero ("genderqueer") / No conforme con el género
☐ Otra identidad
☐ No lo sé
 (Si otro, por favor especifique: _____)

De qué raza se considera usted? Seleccione 1 o más de estas categorías:

- ☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ India Americana, India Nativa Americana
☐ Nativa de Alaska
☐ Nativa de Hawái
☐ Guamaniana
☐ Samoana
☐ Nativa de otras islas del Pacífico
☐ India asiática
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otra raza asiática
☐ Otra raza
☐ No lo sé
 (Si otro, por favor especifique: _____)

Se considera usted hispano/a o latino/a?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Elija el grupo que mejor represente su origen o ascendencia hispana.

- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Dominicano
- ☐ Mexicano
- ☐ Cubano
- ☐ Centroamericano
- ☐ Sudamericano
- ☐ Otro origen latinoamericano
- ☐ Otro origen hispano
- ☐ No lo sé

En qué país nació usted?

- ☐ EEUU (Estados Unidos de América - incluyendo territorios como Puerto Rico)
- ☐ Afganistán
- ☐ Albania
- ☐ Algeria
- ☐ Andorra
- ☐ Angola
- ☐ Antigua y Barbuda
- ☐ Argentina
- ☐ Armenia
- ☐ Australia
- ☐ Austria
- ☐ Azerbaiyán
- ☐ Bahamas
- ☐ Baréin
- ☐ Bangladés
- ☐ Barbados
- ☐ Bielorrusia
- ☐ Bélgica
- ☐ Belice
- ☐ Benín
- ☐ Bután
- ☐ Bolivia
- ☐ Bosnia y Herzegovina
- ☐ Botsuana
- ☐ Brasil
- ☐ Brunéi
- ☐ Bulgaria
- ☐ Burkina Faso
- ☐ Burundi
- ☐ Cabo Verde
- ☐ Camboya
- ☐ Camerún
- ☐ Canadá
- ☐ República Centroafricana
- ☐ Chad
- ☐ Chile
- ☐ China
- ☐ Colombia
- ☐ Comoras
- ☐ Congo (Brazzaville)
- ☐ Congo (Kinshasa)
- ☐ Costa Rica
- ☐ Costa de Marfil
- ☐ Croacia
- ☐ Cuba
- ☐ Chipre
- ☐ República Checa
- ☐ Dinamarca
- ☐ Yibuti
- ☐ Dominica
- ☐ República Dominicana
- ☐ Ecuador
- ☐ Egipto
- ☐ El Salvador
- ☐ Guinea Ecuatorial
- ☐ Eritrea
- ☐ Estonia
- ☐ Etiopía
- ☐ Fiji
- ☐ Finlandia
- ☐ Francia
- ☐ Gabón
- ☐ Gambia
- ☐ Georgia
- ☐ Alemania
- ☐ Ghana
- ☐ Grecia
- ☐ Granada

- ☐ Guatemala
- ☐ Guinea
- ☐ Guinea-Bisáu
- ☐ Guyana
- ☐ Haití
- ☐ Honduras
- ☐ Hungría
- ☐ Islandia
- ☐ India
- ☐ Indonesia
- ☐ Irán
- ☐ Irak
- ☐ Irlanda
- ☐ Israel
- ☐ Italia
- ☐ Jamaica
- ☐ Japón
- ☐ Jordania
- ☐ Kazajistán
- ☐ Kenia
- ☐ Kiribati
- ☐ Kosovo
- ☐ Kuwait
- ☐ Kirguistán
- ☐ Laos
- ☐ Letonia
- ☐ Líbano
- ☐ Lesoto
- ☐ Liberia
- ☐ Libia
- ☐ Liechtenstein
- ☐ Lituania
- ☐ Luxemburgo
- ☐ Macedonia
- ☐ Madagascar
- ☐ Malawi
- ☐ Malasia
- ☐ Maldivas
- ☐ Malí
- ☐ Malta
- ☐ Islas Marshall
- ☐ Mauritania
- ☐ Mauricio
- ☐ México
- ☐ Micronesia
- ☐ Moldavia
- ☐ Mónaco
- ☐ Mongolia
- ☐ Montenegro
- ☐ Marruecos
- ☐ Mozambique
- ☐ Birmania (Myanmar)
- ☐ Namibia
- ☐ Nauru
- ☐ Nepal
- ☐ Países Bajos
- ☐ Nueva Zelanda
- ☐ Nicaragua
- ☐ Níger
- ☐ Nigeria
- ☐ Corea del Norte
- ☐ Noruega
- ☐ Omán
- ☐ Pakistán
- ☐ Palaos
- ☐ Palestina
- ☐ Panamá
- ☐ Papúa Nueva Guinea
- ☐ Paraguay
- ☐ Perú
- ☐ Filipinas

- ☐ Polonia
- ☐ Portugal
- ☐ Catar
- ☐ Rumania
- ☐ Rusia
- ☐ Ruanda
- ☐ Samoa
- ☐ San Marino
- ☐ Santo Tomé y Príncipe
- ☐ Arabia Saudita
- ☐ Senegal
- ☐ Serbia
- ☐ Seychelles
- ☐ Sierra Leona
- ☐ Singapur
- ☐ Eslovaquia
- ☐ Eslovenia
- ☐ Islas Salomón
- ☐ Somalia
- ☐ Sudáfrica
- ☐ Corea del Sur
- ☐ Sudán del Sur
- ☐ España
- ☐ Sri Lanka
- ☐ San Cristóbal y Nieves
- ☐ Santa Lucía
- ☐ San Vicente y las Granadinas
- ☐ Sudán
- ☐ Surinam
- ☐ Suazilandia
- ☐ Suecia
- ☐ Suiza
- ☐ Siria
- ☐ Taiwán
- ☐ Tayikistán
- ☐ Tanzania
- ☐ Tailandia
- ☐ Timor Oriental
- ☐ Togo
- ☐ Tonga
- ☐ Trinidad y Tobago
- ☐ Túnez
- ☐ Turquía
- ☐ Turkmenistán
- ☐ Tuvalu
- ☐ Uganda
- ☐ Reino Unido
- ☐ Ucrania
- ☐ EAU (Emiratos Árabes Unidos)
- ☐ Uruguay
- ☐ Uzbekistán
- ☐ Vanuatu
- ☐ Ciudad del Vaticano
- ☐ Venezuela
- ☐ Vietnam
- ☐ Yemen
- ☐ Zambia
- ☐ Zimbabue
- ☐ No lo sé

Cuántos años lleva usted viviendo en los Estados Unidos? _____ (Número de años.) _____

Usted tiene algún padre/guardián nacido fuera de los Estados Unidos? _____

En caso afirmativo, por favor indique en que país/países que no sean Estados Unidos: _____

El niño/a tiene algún otro familiar nacido fuera de los Estados Unidos?

- ☐ Otro padre/guardián del niño/a
☐ Padre/guardián del otro padre/guardián del niño/a
☐ Otra persona
☐ Nadie

Cuál es su idioma nativo? En otras palabras, cuál fue el primer idioma(s) que más le hablaron sus padres o guardianes la mayor parte del tiempo después que usted nació?

- ☐ Inglés
☐ Español
☐ Inglés y español por igual
☐ Otro
(Si otro, por favor especifique: ____)

Cuál es su máximo nivel de estudios completados o el máximo título que ha recibido?

- ☐ Nunca asistí/Sólo preescolar
☐ Escuela primaria
☐ Algún nivel de escuela secundaria
☐ Terminé la escuela secundaria
☐ GED o equivalente
☐ Algún nivel de estudios universitarios
☐ Diploma asociado: Ocupacional
☐ Diploma asociado: Académico
☐ Diploma de pregrado (Bachelor's degree)
☐ Diploma de maestría (Master's degree)
☐ Diploma de escuela profesional (e.j. MD)
☐ Diploma de doctorado (PhD)

Usted actualmente está casado/a, viudo/a, divorciado/a, separado/a, nunca se ha casado/a o vive con una pareja?

- ☐ Casado/a
☐ Viudo/a
☐ Divorciado/a
☐ Separado/a
☐ Nunca me he casado
☐ Vivo con una pareja

Trabaja actualmente, está buscando trabajo, está retirado, se dedica al hogar, estudia o realiza alguna otra actividad?

- ☐ Trabajo de tiempo completo
☐ Trabajo de medio tiempo
☐ Desempleado/a temporalmente
☐ En licencia por enfermedad
☐ En licencia por maternidad
☐ Buscando empleo
☐ Desempleado sin buscar empleo
☐ Retirado/a
☐ Incapacitado/a: permanente o temporalmente
☐ Se dedica al hogar
☐ Estudiante
☐ Otro
(Si otro, por favor explique: ____)

Hay alguna otra persona que ayude regularmente con las responsabilidades de cuidado del niño/a? Por favor seleccione todas las opciones que apliquen.

- ☐ El otro padre del niño/a
☐ Esposo/a o pareja que no es padre del niño/a
☐ Miembro de la familia (e.j. abuelo/a, tío/a, etc.)
☐ Amigo/a
☐ Otro
(Si otro, por favor especifique: ____)

Preguntas acerca de su hogar

Cuál de estas categorías es la que mejor describe su INGRESO FAMILIAR TOTAL COMBINADO de los últimos 12 meses?

Este debe incluir los ingresos (antes de impuestos y deducciones) provenientes de todas las fuentes, salarios, renta de propiedades, seguro social, pagos por incapacidad o subsidios para veteranos, subsidios por desempleo, compensación por accidentes de trabajo, ayuda de familiares (incluya pensiones alimenticias para hijos y cónyuges divorciados), etc.

- ☐ Menos de \$5,000
- ☐ entre \$5,000 y \$11,999
- ☐ entre \$12,000 y \$15,999
- ☐ entre \$16,000 y \$24,999
- ☐ entre \$25,000 y \$34,999
- ☐ entre \$35,000 y \$49,999
- ☐ entre \$50,000 y \$74,999
- ☐ entre \$75,000 y \$99,999
- ☐ entre \$100,000 y \$199,999
- ☐ \$200,000 o más
- ☐ No lo sé

Cuántas personas están viviendo o quedándose en su domicilio (incluyéndole a usted)? INCLUYA a todas las personas que lleven viviendo o quedándose en su domicilio durante más de 2 meses.

Hay otro hogar en donde el niño/a pase una cantidad importante de tiempo?

- ☐ Sí
- ☐ No

Aproximadamente cuántas horas por semana pasa el niño/a en ese otro hogar?

(Horas/Semana (168 horas = 1 semana))

Preguntas acerca del niño/a

Qué edad tenía el niño/a cuando fue adoptado/a? _____ (Edad en años.) _____

En qué grado está el niño/a? Si es verano, indique el grado completado recientemente.

- ☐ Preescolar
- ☐ Primer grado
- ☐ Segundo grado
- ☐ Tercer grado
- ☐ Cuarto grado
- ☐ Quinto grado
- ☐ Sexto grado
- ☐ Séptimo grado
- ☐ Octavo grado
- ☐ Noveno grado
- ☐ Décimo grado
- ☐ Onceavo grado
- ☐ Doceavo grado

Seleccione la respuesta que mejor describa el entorno escolar actual del niño/a: (Si es verano, responda según el grado completado recientemente.) _____ Si otro, por favor especifique: _____

Cuál es el promedio de calificaciones del niño(a)?

- ☐ A / Excelente
- ☐ B / Bien
- ☐ C / Promedio
- ☐ D / Por debajo del promedio
- ☐ F / Tiene mucha dificultad
- ☐ No se le califica
- ☐ No aplica

El niño/a tiene actualmente un Plan de Educación Individualizado o IEP (por sus siglas en inglés)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

El niño/a tiene actualmente un Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) o 504 Plan?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Alguna vez ha tenido el niño/a un Plan de Educación Individualizado o IEP (por sus siglas en inglés)?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Alguna vez ha tenido el niño/a un Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) o 504 Plan?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Por favor indique los grados que ha repetido:

- ☐ Ninguno
☐ Primer grado
☐ Segundo grado
☐ Tercer grado
☐ Cuarto grado
☐ Quinto grado
☐ Sexto grado
☐ Séptimo grado
☐ Octavo grado
☐ No lo sé

Por favor indique los grados que ha repetido:

- ☐ Ninguno
☐ Pre-escolar
☐ Primer grado
☐ Segundo grado
☐ Tercer grado
☐ Cuarto grado
☐ Quinto grado
☐ Sexto grado
☐ Séptimo grado
☐ Octavo grado
☐ No lo sé

Qué sexo se le asignó al niño/a cuando nació, en su acta de nacimiento original?

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Intersexo-masculino
☐ Intersexo-femenino
☐ No lo sé

Cuál es la identidad de género actual del niño/a?

- ☐ Hombre
☐ Mujer
☐ Transgénero masculino / hombre transgénero
☐ Transgénero femenino / mujer transgénero
☐ Intergénero ("genderqueer") / No conforme con el género
☐ Otra identidad
☐ No lo sé
(Si otro, por favor especifique: _____)

Cómo describiría usted al niño/a?

- ☐ Heterosexual
☐ Homosexual (Gay o lesbiana)
☐ Bisexual
☐ Otro
☐ No estoy seguro/a
(Si otro, por favor especifique: _____)

De qué raza considera que es el niño/a? Seleccione 1 o más de estas categorías:

- ☐ Blanca
 - ☐ Negra o afroamericana
 - ☐ India Americana, India Nativa Americana
 - ☐ Nativa de Alaska
 - ☐ Nativa de Hawái
 - ☐ Guamaniana
 - ☐ Samoana
 - ☐ Nativa de otras islas del Pacifico
 - ☐ India asiática
 - ☐ China
 - ☐ Filipina
 - ☐ Japonesa
 - ☐ Coreana
 - ☐ Vietnamita
 - ☐ Otra raza asiática
 - ☐ Otra raza
 - ☐ No lo sé
- (Si otro, por favor especifique: _____)

Considera que el niño/a es hispano/a o latino/a?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

Elija el grupo que mejor represente el origen o la ascendencia hispana del niño o la niña.

- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Dominicano
- ☐ Mexicano
- ☐ Cubano
- ☐ Centroamericano
- ☐ Sudamericano
- ☐ Otro origen latinoamericano
- ☐ Otro origen hispano
- ☐ No lo sé

En qué país nació el niño/a?

- ☐ EEUU (Estados Unidos de América - incluyendo territorios como Puerto Rico)
- ☐ Afganistán
- ☐ Albania
- ☐ Algeria
- ☐ Andorra
- ☐ Angola
- ☐ Antigua y Barbuda
- ☐ Argentina
- ☐ Armenia
- ☐ Australia
- ☐ Austria
- ☐ Azerbaiyán
- ☐ Bahamas
- ☐ Baréin
- ☐ Bangladés
- ☐ Barbados
- ☐ Bielorrusia
- ☐ Bélgica
- ☐ Belice
- ☐ Benín
- ☐ Bután
- ☐ Bolivia
- ☐ Bosnia y Herzegovina
- ☐ Botsuana
- ☐ Brasil
- ☐ Brunéi
- ☐ Bulgaria
- ☐ Burkina Faso
- ☐ Burundi
- ☐ Cabo Verde
- ☐ Camboya
- ☐ Camerún
- ☐ Canadá
- ☐ República Centroafricana
- ☐ Chad
- ☐ Chile
- ☐ China
- ☐ Colombia
- ☐ Comoras
- ☐ Congo (Brazzaville)
- ☐ Congo (Kinshasa)
- ☐ Costa Rica
- ☐ Costa de Marfil
- ☐ Croacia
- ☐ Cuba
- ☐ Chipre
- ☐ República Checa
- ☐ Dinamarca
- ☐ Yibuti
- ☐ Dominica
- ☐ República Dominicana
- ☐ Ecuador
- ☐ Egipto
- ☐ El Salvador
- ☐ Guinea Ecuatorial
- ☐ Eritrea
- ☐ Estonia
- ☐ Etiopía
- ☐ Fiji
- ☐ Finlandia
- ☐ Francia
- ☐ Gabón
- ☐ Gambia
- ☐ Georgia
- ☐ Alemania
- ☐ Ghana
- ☐ Grecia
- ☐ Granada

- ☐ Guatemala
- ☐ Guinea
- ☐ Guinea-Bisáu
- ☐ Guyana
- ☐ Haití
- ☐ Honduras
- ☐ Hungría
- ☐ Islandia
- ☐ India
- ☐ Indonesia
- ☐ Irán
- ☐ Irak
- ☐ Irlanda
- ☐ Israel
- ☐ Italia
- ☐ Jamaica
- ☐ Japón
- ☐ Jordania
- ☐ Kazajistán
- ☐ Kenia
- ☐ Kiribati
- ☐ Kosovo
- ☐ Kuwait
- ☐ Kirguistán
- ☐ Laos
- ☐ Letonia
- ☐ Líbano
- ☐ Lesoto
- ☐ Liberia
- ☐ Libia
- ☐ Liechtenstein
- ☐ Lituania
- ☐ Luxemburgo
- ☐ Macedonia
- ☐ Madagascar
- ☐ Malauí
- ☐ Malasia
- ☐ Maldivas
- ☐ Malí
- ☐ Malta
- ☐ Islas Marshall
- ☐ Mauritania
- ☐ Mauricio
- ☐ México
- ☐ Micronesia
- ☐ Moldavia
- ☐ Mónaco
- ☐ Mongolia
- ☐ Montenegro
- ☐ Marruecos
- ☐ Mozambique
- ☐ Birmania (Myanmar)
- ☐ Namibia
- ☐ Nauru
- ☐ Nepal
- ☐ Países Bajos
- ☐ Nueva Zelanda
- ☐ Nicaragua
- ☐ Níger
- ☐ Nigeria
- ☐ Corea del Norte
- ☐ Noruega
- ☐ Omán
- ☐ Pakistán
- ☐ Palaos
- ☐ Palestina
- ☐ Panamá
- ☐ Papúa Nueva Guinea
- ☐ Paraguay
- ☐ Perú
- ☐ Filipinas

- ☐ Polonia
- ☐ Portugal
- ☐ Catar
- ☐ Rumania
- ☐ Rusia
- ☐ Ruanda
- ☐ Samoa
- ☐ San Marino
- ☐ Santo Tomé y Príncipe
- ☐ Arabia Saudita
- ☐ Senegal
- ☐ Serbia
- ☐ Seychelles
- ☐ Sierra Leona
- ☐ Singapur
- ☐ Eslovaquia
- ☐ Eslovenia
- ☐ Islas Salomón
- ☐ Somalia
- ☐ Sudáfrica
- ☐ Corea del Sur
- ☐ Sudán del Sur
- ☐ España
- ☐ Sri Lanka
- ☐ San Cristóbal y Nieves
- ☐ Santa Lucía
- ☐ San Vicente y las Granadinas
- ☐ Sudán
- ☐ Surinam
- ☐ Suazilandia
- ☐ Suecia
- ☐ Suiza
- ☐ Siria
- ☐ Taiwán
- ☐ Tayikistán
- ☐ Tanzania
- ☐ Tailandia
- ☐ Timor Oriental
- ☐ Togo
- ☐ Tonga
- ☐ Trinidad y Tobago
- ☐ Túnez
- ☐ Turquía
- ☐ Turkmenistán
- ☐ Tuvalu
- ☐ Uganda
- ☐ Reino Unido
- ☐ Ucrania
- ☐ EAU (Emiratos Árabes Unidos)
- ☐ Uruguay
- ☐ Uzbekistán
- ☐ Vanuatu
- ☐ Ciudad del Vaticano
- ☐ Venezuela
- ☐ Vietnam
- ☐ Yemen
- ☐ Zambia
- ☐ Zimbabue
- ☐ No lo sé

Cuántos años lleva el niño/a viviendo en los Estados Unidos? _____ (Número de años.) _____

Cuántos hermanos tiene el niño/a?

Entre los niños de su familia, cuál es el orden de edad del niño/a?

- ☐ Primero (mayor)
☐ Segundo
☐ Tercero
☐ Cuarto
☐ Quinto o más

Cuál es el idioma nativo del niño/a? En otras palabras, en qué idioma(s) le hablaban predominantemente al niño/a sus padres o guardianes después que nació?

- ☐ Inglés
☐ Español
☐ Inglés y español por igual
☐ Otro
 (Si otro, por favor especifique: _____)

Cuál fue la edad más temprana a la un padre/guardián/familiar/maestro le habló en INGLÉS al niño/a regularmente?

 ((Edad en años.))

El niño/a ha escuchado regularmente en su hogar algún otro idioma además del INGLÉS hablado por un padre/guardián/familiar/maestro?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé
 (En caso afirmativo, cuál es el idioma? _____)

Cuál fue la edad más temprana a la un padre/guardián/familiar/maestro le habló en el OTRO idioma al niño/a regularmente?

 ((Edad en años.))

Preguntas acerca del nacimiento del niño/a y su historial de salud

El niño/a tuvo alguna complicación al nacer?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

En caso afirmativo, por favor especifique:

El niño/a fue diagnosticado/a alguna vez con algún impedimento, retardo, o desorden de habla o lenguaje?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Diagnóstico 1

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 2

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 3

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 4

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 5

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 6

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 7

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 8

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 9

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Diagnóstico 10

Cuál fue el diagnóstico? _____

Qué edad tenía el niño/a cuando fue diagnosticado/a? _____

(Edad en años.)

Nació el niño o la niña antes de tiempo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Aproximadamente que tan prematuro (en semanas) fue este niño/a al nacer?_____
((En semanas.))

Ejemplo:

termino completo = 40 semanas, nacido a las 36 semanas
= 4 semanas prematuro/a, nacidos a las 32 semanas = 8
semanas prematuro/a

Aproximadamente cuántos meses fue amamantado el niño/a?

(En meses.) _____

Aproximadamente qué edad (en meses) tenía el niño/a la primera vez que pudo caminar sin asistencia? ____
(Edad en meses.) ____

Aproximadamente qué edad (en meses) tenía el niño/a la primera vez que dijo una palabra? ____ (Edad en meses.) ____

Consideraría usted que el desarrollo motor del niño/a (sentarse, gatear, caminar) fue más temprano, promedio, o más tarde que la mayoría de los niños?

- ☐ Mucho más temprano
☐ Un poco más temprano
☐ Promedio
☐ Un poco más tarde
☐ Mucho mas tarde
☐ No lo sé

Consideraría usted que el desarrollo del habla del niño/a fue más temprano, promedio, o más tarde que la mayoría de los niños?

- ☐ Mucho más temprano
☐ Un poco más temprano
☐ Promedio
☐ Un poco más tarde
☐ Mucho mas tarde
☐ No lo sé

El niño/a alguna vez ha visitado un doctor, enfermero, sala de emergencias, o clínica por alguna de estas razones? Por favor marque todos los que apliquen.

- ☐ Problema Auditivo
☐ Epilepsia o convulsiones
☐ Dolores de cabeza muy intensos
☐ Lesión en la cabeza
☐ Pérdida del conocimiento
☐ Anestesia general o sedación para alguna cirugía o procedimiento
☐ Otros problemas neurológicos
☐ Ninguno
(Si otro problema neurológico, por favor especifique: ____)

El niño/a es capaz de ver la diferencia entre el azul y el verde?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Qué tal la diferencia entre el azul y el amarillo?

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sé

Escala Breve de Miedo a la Evaluación Negativa-II (Reporte Para Los Padres)

Por favor seleccione la opción que mejor corresponda a cuanto tu estas de acuerdo con cada artículo.

	No es característico de mi hijo/a en absoluto	Caracteriza un poco a mi hijo/a	Caracteriza en algo a mi hijo/a	Muy característico de mi hijo/a	Caracteriza completamente a mi hijo/a
353) Mi hijo/a se preocupa por lo que otras personas pensarán de él/ella, incluso cuando sabe que no hace ninguna diferencia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
354) A mi hijo/a le molesta cuando la gente crea una impresión desfavorable de él/ella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
355) Mi hijo/a con frecuencia tiene miedo de que otras personas se den cuenta de sus deficiencias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
356) Mi hijo/a se preocupa por la clase de impresión que causa en las personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
357) Mi hijo/a tiene miedo de que los demás no lo aprueben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
358) Mi hijo/a tiene miedo de que otras personas le encuentren defectos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
359) A mi hijo/a le preocupa la opinión de los demás sobre él/ella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
360) Cuando mi hijo/a está hablando con alguien, se preocupa por lo que esa persona pueda estar pensando sobre él/ella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
361) Mi hijo/a usualmente se preocupa por el tipo de impresión que causa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
362) Si mi hijo/a sabe que alguien lo está juzgando, tiende a molestarlo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
363) A veces, mi hijo/a piensa que está demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de él/ella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
364)					

Mi hijo/a se preocupa de que diga o haga las cosas incorrectas.

☐☐☐☐☐

La Escala de Miedo a Evaluación Positiva (Reporte Parental)

Lea cuidadosamente cada uno de los siguientes enunciados y seleccione una opción para indicar el grado en el que usted cree que el enunciado describe a su niño/a. Para cada enunciado, responda como si involucrara personas que su niño/a no conoce muy bien.

	Para nada cierto				Parcialmente cierto					Muy cierto
365) A mi niño/a le incomoda exhibir sus talentos a otras personas, incluso si cree que sus talentos los impresionarán.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
366) Mi niño/a se sentiría ansioso/a si recibiera un cumplido de una persona que le atrae.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
367) Mi niño/a trata de elegir ropa que le dé a las personas poca impresión de cómo es.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
368) A mi niño/a le incomoda recibir elogios de una figura de autoridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
369) Si mi niño/a tiene algo que decir que cree que un grupo encontrará interesante, típicamente lo dice.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
370) Mi niño/a preferiría recibir un cumplido de alguien cuando esta solo/a con esa persona antes que en presencia de otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
371) Si mi niño/a estuviera haciendo algo bien frente a otras personas, se preguntaría si lo está haciendo "demasiado bien."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
372) Mi niño/a generalmente se siente incómodo/a cuando la gente le hace cumplidos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
373) A mi niño/a no le gusta ser percibido en lugares públicos, incluso si siente que está siendo admirado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
374) Mi niño/a se siente subvalorado a menudo, y desea que la gente comentara más acerca de sus cualidades positivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SPAI-C (Reporte Para los Padres)

Abajo hay algunos lugares o actividades que a veces hacen que los niños/as se sientan nerviosos/as o asustados/as. Todas estas actividades son llamadas situaciones sociales porque implican estar con otras personas. Situaciones sociales incluyen jugar afuera con otros niños y niñas, jugar un deporte mientras otros observan, estar en una obra de teatro o recital, ir a una fiesta o reunión, jugar en un parque o simplemente estando alrededor de niños y niñas en la escuela.

Piense sobre su hijo/a y marque la respuesta que demuestra con qué frecuencia su hijo/a se siente nervioso/a o asustado/a cuando está haciendo las siguientes cosas.

375) Mi hijo/a se siente asustado/a cuando está con otros niños y niñas o adultos y tiene que hacer algo mientras ellos lo miran (leer en voz alta, jugar un juego, jugar un deporte).

☐ Nunca o casi nunca
☐ A veces
☐ La mayor parte del tiempo o siempre

376) Mi hijo/a se siente asustado/a cuando tiene que hablar o leer en frente de un grupo de gente.

☐ Nunca o casi nunca
☐ A veces
☐ La mayor parte del tiempo o siempre

Si alguien empieza a discutir con mi hijo/a, el/ella se siente asustado/a y no sabe que hacer si la otra persona es:

	Nunca o casi nunca	A veces	La mayor parte del tiempo o siempre
377) ...niños o niñas de su edad que conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
378) ...niños o niñas de su edad que no conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
379) ...adultos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si alguien le pide a mi hijo/a que haga algo que el/ella no quiere hacer, mi hijo/a se siente asustado/a y no sabe qué hacer si la otra persona es:

	Nunca o casi nunca	A veces	La mayor parte del tiempo o siempre
380) ...niños o niñas de su edad que conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
381) ...niños o niñas de su edad que no conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
382) ...adultos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mi hijo/a se siente asustado/a y no sabe qué hacer cuando está en una situación penosa con:

	Nunca o casi nunca	A veces	La mayor parte del tiempo o siempre
383) ...niños o niñas de su edad que conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
384) ...niños o niñas de su edad que no conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
385)			

...adultos.

☐☐☐

Si alguien dice algo que mi hijo/a piensa que es equivocado o malo, mi hijo/a se siente asustado/a de decir lo que piensa si esa persona es:

Nunca o casi nunca

A veces

La mayor parte del tiempo o siempre

386) ...niños o niñas de su edad que conoce.

☐☐☐

387) ...niños o niñas de su edad que no conoce.

☐☐☐

388) ...adultos.

☐☐☐

Mi hijo/a se siente asustado/a cuando el/ella empieza a hablar con:

Nunca o casi nunca

A veces

La mayor parte del tiempo o siempre

389) ...niños o niñas de su edad que conoce.

☐☐☐

390) ...niños o niñas de su edad que no conoce.

☐☐☐

391) ...adultos.

☐☐☐

Mi hijo/a se siente asustado/a cuando tiene que hablar más que unos minutos con:

Nunca o casi nunca

A veces

La mayor parte del tiempo o siempre

392) ...niños o niñas de su edad que conoce.

☐☐☐

393) ...niños o niñas de su edad que no conoce.

☐☐☐

394) ...adultos.

☐☐☐

Mi hijo/a se siente asustado/a hablando (dando un reporte de un libro, leyendo en frente de la clase) delante de:

Nunca o casi nunca

A veces

La mayor parte del tiempo o siempre

395) ...niños o niñas de su edad que conoce.

☐☐☐

396) ...niños o niñas de su edad que no conoce.

☐☐☐

397) ...adultos.

☐☐☐

Mi hijo/a se siente asustado/a cuando está en una obra de teatro de la escuela, un coro, un recital de música o danza en frente de:

	Nunca o casi nunca	A veces	La mayor parte del tiempo o siempre
398) ...niños o niñas de su edad que conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
399) ...niños o niñas de su edad que no conoce.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
400) ...adultos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

401) Mi hijo/a normalmente no le habla a nadie hasta que ellos le hablen a el/ella.

☐ Nunca o casi nunca
☐ A veces
☐ La mayor parte del tiempo o siempre

Índice de Reporte Parental sobre Sensibilidad de Errores del Niño/a

	Para nada	Un poco	Mucho
402) Cuando mi niño/a comete un error, él/ella se siente disgustado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
403) Cuando mi niño/a comete un error, él/ella se siente mal del estómago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
404) Cuando mi niño/a comete un error, él/ella siempre quiere arreglarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
405) Cuando alguien nota que mi niño/a cometió un error, mi niño/a se siente disgustado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
406) Mi niño/a tiene miedo a cometer errores frente a otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
407) A mi niño/a le gusta hacer las cosas perfectamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
408) Mi niño/a se siente disgustado/a cuando a otras personas no les gusta lo que él/ella hizo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
409) Cuando mi niño/a comete un error, se siente ansioso/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
410) Cuando mi niño/a comete un error, comienza a sudar o sonrojarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Índice de Sensibilidad Parental a Errores del Niño/a

Por favor indique en qué medida cada afirmación es cierta sobre la forma en que usted se siente acerca de su niño/a.

	Para nada como usted	Un poco como usted	Moderadamente como usted	Bastante como usted	Extremadamente como usted
411) Cuando noto un error que cometió mi niño/a, me siento disgustado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
412) Siento mi estomago caer cuando veo a mi niño/a cometer un error.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
413) Si mi niño/a comete un error, siento un fuerte impulso de arreglarlo inmediatamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
414) Cuando alguien nota que mi niño/a hizo algo incorrectamente, me siento disgustado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
415) Tengo miedo de que mi niño/a cometa errores frente a otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
416) Siento un impulso de revisar las cosas que ha hecho mi niño/a para asegurarme de que no haya cometido un error.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
417) Si mi niño/a comete un error y no puedo arreglarlo, siento que "algo no está bien."	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
418) Tengo una fuerte necesidad de que mi niño/a haga las cosas casi perfectamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
419) Me siento disgustado/a cuando otras personas critican algo que ha hecho mi niño/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
420) Cuando mi niño/a comete un error, me siento ansioso/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
421) A menudo quiero asegurarme que algo que mi niño haya hecho sea "adecuado" o perfecto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
422) Cuando alguien nota un error que cometió mi niño/a, me siento más disgustado/a que otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
423)					

- | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Me preocupo más por los errores de mi niño/a que los errores de otras personas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 424) Luego de que mi niño/a comete un error, pienso en eso por un largo tiempo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 425) El hecho de que mi niño cometa errores significa que soy menos buena persona. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 426) Cuando mi niño/a comete un error, comienzo a sudar o sonrojarme. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 427) Me gusta sentirme en control de mi niño/a más que otras personas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 428) El hecho de que mi niño sea bueno/a en algo significa que no comete errores. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 429) Me importa que mi niño/a cometa errores durante tareas tontas, incluso cuando sé que no tiene importancia. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 430) Me gusta observar a mi niño/a hacer cosas para asegurarme que no cometa errores. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

DERS-P

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a su niño/a las siguientes afirmaciones seleccionando la respuesta apropiada.

	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
431) Mi niño/a percibe con claridad sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
432) Mi niño/a presta atención a cómo se siente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
433) Mi niño/a vive sus emociones como algo desbordante y fuera de control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
434) Mi niño/a es atenta/o a sus sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
435) Mi niño/a sabe exactamente cómo se siente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
436) Mi niño/a le da importancia a lo que está sintiendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
437) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, reconoce sus emociones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
438) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, se enfada consigo misma/o por sentirse de esa manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
439) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, le da vergüenza sentirse de esa manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
440) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, tiene dificultades para completar el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
441) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, pierde el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
442) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, ella/él cree que estará así durante mucho tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
443) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, ella/él cree que acabará sintiéndose muy deprimida/o.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
444) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, le resulta difícil concentrarse en otras cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
445)					

Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, se siente fuera de control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
446) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, se siente avergonzado consigo misma/o por sentirse de esa manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
447) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, ella/él sabe que eventualmente encontrará una manera para sentirse mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
448) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, se siente como si fuera una persona débil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
449) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, ella/él siente que puede mantener control de su comportamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
450) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, se siente culpable por sentirse de esa manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
451) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, tiene dificultades para concentrarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
452) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, tiene dificultades para controlar su comportamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
453) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, ella/él cree que no hay nada que ella/el pueda hacer para sentirse mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
454) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, ella/él se irrita consigo misma/o por sentirse de esa manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
455) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, se empieza a sentir muy mal sobre sí mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
456) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, pierde control sobre su comportamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
457)					

Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, él/ella tiene dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.

☐☐☐☐☐

458) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, le toma mucho tiempo sentirse mejor.

☐☐☐☐☐

459) Cuando mi niño/a se siente disgustado/a, sus emociones parecen incontenibles.

☐☐☐☐☐

Por favor marque la respuesta que demuestre que tanto le suceden a su hijo/a cada una de las siguientes cosas.

	Nunca	Algunas Veces	Con Frecuencia	Siempre
460) Mi hijo/a se siente triste o vacío	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
461) Mi hijo/a se preocupa cuando él/ella piensa que no hizo algo bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
462) A mi hijo/a le da miedo tener que estar solo/a en casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
463) Ya nada le divierte mucho a mi hijo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
464) A mi hijo/a le preocupa que algo terrible le vaya a pasar a alguien de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
465) A mi hijo/a le da miedo estar en lugares concurridos (con mucha gente como en los centros comerciales, las películas, los autobuses, sitios de recreo llenos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
466) A mi hijo/a le preocupa lo que los demás piensen de él/ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
467) Mi hijo/a tiene dificultades para dormir bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
468) A mi hijo/a le da miedo el dormir solo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
469) Mi hijo/a tiene problemas con su apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
470) Mi hijo/a se siente de repente mareado o débil aun cuando no haya razón para sentirse así	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
471) Mi hijo/a tiene que hacer ciertas cosas una y otra vez (como lavarse las manos, limpiar, o poner las cosas en cierto orden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
472) Mi hijo/a no tiene energía para hacer las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
473) Mi hijo comienza a temblar o estremecerse aun cuando no hay razón alguna para sentirse así	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
474)				

Mi hijo no puede pensar con claridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
475) Mi hijo/a se siente que no vale nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
476) Mi hijo/a tiene que pensar en pensamientos especiales (como números o palabras) para evitar que sucedan cosas malas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
477) Mi hijo/a piensa acerca de la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
478) Mi hijo se siente como que él/ella no quiere moverse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
479) Mi hijo/a se preocupa de que de repente va a sentir miedo aun cuando no hay razón para sentirse así	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
480) Mi hijo/a está cansado con mucha frecuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
481) A mi hijo le da miedo que él/ella vaya a hacer el ridículo en frente de las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
482) Mi hijo tiene que hacer algunas cosas exactamente de la manera correcta para evitar que las malas cosas sucedan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
483) Mi hijo/a se siente inquieto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
484) Mi hijo/a se preocupa de que algo malo le vaya a suceder a él/ella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cuestionario Revisado de Experiencias Entre Compañeros (Reporte Para los Padres)

Por favor lea las preguntas y responda con qué frecuencia le sucede esto a su hijo/a. Las preguntas dicen "un adolescente", pero imagine que "adolescente" solo significa alguien en el grupo de edad de su hijo/a.

	Nunca	Una o dos veces	En ocasiones	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana
485) Un adolescente persiguió a mi hijo/a como si realmente estuviera tratando de hacerle daño.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
486) Un adolescente amenazó con lastimar o golpear a mi hijo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
487) Un adolescente golpeó, pateó o empujó a mi hijo/a de mala manera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
488) Unos adolescentes excluyeron a mi hijo/a de una actividad o conversación en la que realmente querían participar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
489) Un adolescente no invitó a mi hijo/a a una fiesta u otro evento social a pesar de que sabía que mi hijo/a quería ir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
490) Un adolescente excluyó a mi hijo/a de lo que estaba haciendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
491) Un adolescente trató de dañar la reputación social de mi hijo/a al difundir rumores sobre él/ella.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
492) Un adolescente chismeaba sobre mi hijo/a para que no les gustara a los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
493) Un adolescente dijo cosas malas sobre mi hijo/a para que la gente pensara que mi hijo/a era un "perdedor".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
494) Un adolescente ayudó a mi hijo/a cuando tenía un problema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
495) Un adolescente fue amable y amistoso con mi hijo/a cuando necesitaba ayuda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
496)					

Un adolescente defendió a mi hijo/a cuando lo molestaban o lo excluían.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
497) Un adolescente ayudó a mi hijo/a a unirse a un grupo o conversación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
498) Un adolescente pasó tiempo con mi hijo/a cuando no tenía a nadie más con quien pasar el rato.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de Discriminación Diaria (Versión Corta, Reporte Para Los Padres) / Escala de Vigilancia Aumentada (Reporte Para Los Padres)

En la vida diaria de su hijo/a, ¿con qué frecuencia le ha sucedido alguna de las siguientes cosas?

	Casi todos los días	Al menos una vez por semana	Algunas veces al mes	Algunas veces al año	Menos de una vez al año	Nunca
Su hijo/a es tratado con menos cortesía o respeto que otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su hijo/a recibe peor servicio que otras personas en un restaurante o en una tienda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente actúa como si pensarán que su hijo/a no es inteligente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gente actúa como si le tuvieran miedo a su hijo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su hijo/a es amenazado o acosado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si usted respondió "Algunas veces al año" o con más frecuencia a al menos una pregunta:

¿Cual crees que es la razón principal para estas experiencias? (Marque todo lo que corresponda.)

- ☐ La ascendencia u origen nacional de su hijo/a
- ☐ El género de su hijo/a
- ☐ La raza de su hijo/a
- ☐ La edad de su hijo/a
- ☐ La religión de su hijo/a
- ☐ La estatura de su hijo/a
- ☐ El peso de su hijo/a
- ☐ Un otro aspecto de la apariencia física de su hijo/a
- ☐ La orientación sexual de su hijo/a
- ☐ El nivel de educación o nivel de ingreso de su familia
- ☐ Una discapacidad física
- ☐ El tono de piel de su hijo/a
- ☐ Otro (Especifique)

Al lidiar con estas experiencias de la vida diaria de las que me acaba de hablar, ¿con qué frecuencia su hijo/a:

	Muy a menudo	Bastante a menudo	No tan a menudo	Casi nunca	Nunca
¿Piensa de antemano en los tipos de problemas que es probable que experimente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Intenta prepararse para posibles insultos antes de salir de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Siente que siempre tiene que tener mucho cuidado con su apariencia para recibir un buen servicio o evitar ser acosado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Observa cuidadosamente lo que dicen y cómo lo dicen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Observa cuidadosamente lo que sucede a su alrededor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Trata de evitar ciertas situaciones sociales y lugares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Altura y Peso del Niño/a

512) Cuánto mide su niño/a?

((En pies y pulgadas.))

513) Cuánto pesa su niño/a?

((En libras.))

PSB-P

En cada una de las siguientes oraciones o frases, seleccione la opción correspondiente para indicar si es Falso, Algo cierto o Totalmente cierto. Nos sería de gran ayuda que respondiera todas las preguntas lo mejor que pueda, incluso aunque no esté completamente seguro de la respuesta. Por favor, conteste en base a el comportamiento de su niño/a durante los últimos seis meses o este año escolar.

	Falso	Algo cierto	Totalmente cierto
514) Mi niño/a tiene consideración por los sentimientos de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
515) Mi niño/a ayuda cuando alguien se lastima, se molesta o se siente enfermo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
516) Mi niño/a con frecuencia se ofrece para ayudar a los demás (padres, maestros, otros niños).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qué sexo se le asignó al niño/a cuando nació, en su acta de nacimiento original?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Entre sexo-masculino
- ☐ Entre sexo-femenino
- ☐ No sé

Con respecto a la estatura de su niño(a), ¿diría usted que...?

- ☐ Aún no ha empezado a crecer
- ☐ Apenas ha empezado a crecer
- ☐ Definitivamente está creciendo
- ☐ Parece haber terminado de crecer
- ☐ No sé

¿Y qué diría del crecimiento del vello corporal de su niño(a) ("vello corporal" se refiere al vello que crece en cualquier parte del cuerpo que no sea el pelo de la cabeza, como en las axilas)? ¿Diría usted que el vello corporal de su niño(a)...?

- ☐ Aún no le ha empezado a salir
- ☐ Apenas le está empezando a salir
- ☐ Definitivamente ya le está saliendo
- ☐ Parece haber terminado de salir
- ☐ No sé

¿Ha notado cambios en la piel de su niño(a), particularmente acné, granos o espinillas?

- ☐ Su piel aún no ha empezado a mostrar cambios
- ☐ Su piel apenas ha empezado a mostrar cambios
- ☐ Definitivamente ya están ocurriendo cambios en su piel
- ☐ Parece haber terminado de cambiarle la piel
- ☐ No sé

¿Ha notado que los senos de su niña han empezado a crecer?

- ☐ Aún no le han empezado a crecer
- ☐ Apenas le han empezado a crecer
- ☐ Definitivamente ya le están creciendo los senos
- ☐ Sus senos ya parecen haber terminado de crecer
- ☐ No sé

Su niña ha comenzado la menstruación?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

Qué edad tenía cuando empezó a menstruar? _____ (En años.)

¿Ha notado que la voz de su niño se ha vuelto más profunda?

- ☐ Su voz aún no ha empezado a cambiar
- ☐ Su voz apenas ha empezado a cambiar
- ☐ Definitivamente ya están ocurriendo cambios en su voz
- ☐ Parece haber terminado de cambiar su voz
- ☐ No sé

¿A su niño le ha empezado a crecer vello en la cara?

- ☐ Aún no le ha empezado a salir vello facial
- ☐ Apenas le ha empezado a salir vello facial
- ☐ Definitivamente ya le ha empezado a salir vello facial
- ☐ Ya parece haber terminado de salirle el vello facial
- ☐ No sé

LSASpes_s1_r1_e1

1. Hablando por teléfono a compañeros de clase u otras personas.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Participando en una actividad de grupo pequeño en clase.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Comiendo en frente de otros (ej., cafetería de la escuela, restaurante).

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Pidiéndole ayuda a un adulto que su hijo/a no conoce (ej., trabajador de una tienda, director de la escuela, policía).

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Dando un reporte oral o una presentación en clase.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Yendo a fiestas, reuniones sociales, u otras actividades sociales fuera de la escuela.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Escribiendo en la pizarra en frente de la clase.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

8. Hablando con otros niños que no conoce bien.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

9. Empezando una conversación con gente que no conoce bien.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

10. Usando baños públicos o baños de la escuela.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

11. Entrando a una clase o cualquier otro lugar (ej., iglesia, cafetería) cuando otras personas ya están ahí.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

12. Siendo el centro de atención (ej., fiesta de cumpleaños de su hijo/a).

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

13. Haciendo preguntas en clase.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

14. Respondiendo preguntas en clase.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Leyendo en voz alta en clase.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Tomando exámenes.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Diciendo "no" cuando le piden que haga cosas que el/ella no quiere hacer (ej., darle prestado algo o que miren su tarea).

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Su hijo/a diciéndole a personas que no está de acuerdo con ellos o que está molesto/a con ellos.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Mirándole a los ojos a personas que su hijo/a no conoce bien.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Haciendo preguntas en una tienda (ej., para cambiar algo).

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca0	A veces1	A menudo2	Generalmente3
Evitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Jugando un deporte o actuando delante de otra gente (ej., una obra de la escuela, una actuación musical).

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

22. Unirse a un club o a un grupo.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

23. Conociendo a gente nueva.

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

24. Pidiéndole permiso a un/a profesor/a para salir de la clase (ej., para ir al baño o a ver a la enfermera de la escuela).

	Nada0	Leve1	Moderado2	Severo3
Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitación	Nunca0 <input type="radio"/>	A veces1 <input type="radio"/>	A menudo2 <input type="radio"/>	Generalmente3 <input type="radio"/>

Score Sums

LSAS-Parent Fear Sum

LSAS-Parent Avoidance Sum

LSAS-Parent Total Sum
