

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"/>