

PIQ

Perceptions of Inclusion Questionnaire

Versión en español – Alumno

Mi apellido : Fecha de nacimiento :

Yo soy : un chico una chica Nivel escolar :

¿Cómo van las cosas en la escuela? Lee cada frase y marca la casilla que te corresponde mejor. ¡Por favor contesta a todas las preguntas! No hay respuesta correcta o incorrecta.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Me gusta ir a la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Tengo muchos(as) amigos(as) en mi clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Aprendo rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	No tengo ganas de ir a la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Me llevo muy bien con mis compañeros(as) de clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Soy capaz de resolver ejercicios muy difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Me gusta la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Me siento solo(a) en mi clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Soy un(a) buen(a) alumno(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Me divierto en la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Tengo buena relación con mis compañeros(as) de clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Para mí, muchas cosas son muy difíciles en la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PIQ

Perceptions of Inclusion Questionnaire

Versión en español – Padres

Apellido
de su hijo :

Fecha de
nacimiento :

Sexo del hijo : un chico una chica

Nivel escolar :

Queremos saber cómo es su hijo(a) en la escuela. Lea cada frase y marque la casilla que mejor describe a su hijo(a). Por favor, conteste a todas las preguntas.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	A él / ella le gusta ir a la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Él / ella tiene muchos(as) amigos(as) en su clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Él / ella aprende rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Él / ella no tiene ganas de ir a la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Él / ella se lleva muy bien con sus compañeros(as) de clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Él / ella es capaz de resolver ejercicios muy difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	A él / ella le gusta la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Él / ella se siente solo(a) en su clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Él / ella es un(a) buen(a) alumno(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Él / ella se divierte en la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Él / ella tiene buena relación con sus compañeros(as) de clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Para él / ella muchas cosas son muy difíciles en la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PIQ Perceptions of Inclusion Questionnaire

Versión en español – Maestro(a)

Apellido de su hijo :

Fecha de nacimiento :

Sexo del hijo : un chico una chica

Nivel escolar :

Nos gustaría saber como le va al chico / la chica en la escuela. Lea cada frase y marque la casilla que mejor se adapte al alumno(a). Por favor, conteste a todas las preguntas.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	A él / ella le gusta ir a la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Él / ella tiene muchos(as) amigos(as) en su clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Él / ella aprende rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Él / ella no tiene ganas de ir a la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Él / ella se lleva muy bien con sus compañeros(as) de clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Él / ella es capaz de resolver ejercicios muy difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	A él / ella le gusta la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Él / ella se siente solo(a) en su clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Él / ella es un(a) buen(a) alumno(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Él / ella se divierte en la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Él / ella tiene buena relación con sus compañeros(as) de clase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Para él / ella muchas cosas son muy difíciles en la escuela o el colegio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

