

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Las actividades indicadas en la lista ayudarán a los jóvenes a adquirir las destrezas y habilidades necesarias para alcanzar el más alto nivel de independencia y habilidad. Es posible que algunas de estas actividades no se apliquen a todas las personas.

Destrezas y habilidades de COMUNICACIÓN:	SÍ	NO	N/A	Necesito más información
1. ¿Puede explicar sus necesidades a otras personas y pedir ayuda cuando lo necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Pueden las personas que están cerca de usted, como sus familiares, amigos y maestros, entender sus necesidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Pueden otras personas fuera de su casa y su escuela entender lo que usted quiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Sabía usted que la Ley de Derechos Humanos dice que no se le puede negar el uso de un lugar público (restaurantes, teatros, museos, bibliotecas, parques, zoológicos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sabe usted cómo defender sus derechos (presentar una queja)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades SOCIALES:	SÍ	NO	N/A	Necesito más información
6. ¿Se divierte usted todos los días (leyendo, jugando, cantando, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Participa usted de las actividades familiares (jugando juegos, leyendo juntos, asistiendo a eventos deportivos, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Pasa usted tiempo fuera de casa (haciendo compras, pasa la noche con amigos o familiares etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Pasa usted tiempo con otras personas de su edad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene amigos cercanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene amigos que no tienen incapacidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene usted alguien con quien hablar cuando está triste, molesto o cuando las cosas no están bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Pertenece a algún club, grupo, iglesia, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Es usted líder en su comunidad (capitán de un equipo, líder de evento, presidente de un comité)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ayuda usted o trabaja sin recibir pago fuera de su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades de VIAJE:	SÍ	NO	N/A	Necesito más información
16. ¿Sabe usted cruzar la calle de forma segura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Sabe seguir instrucciones para llegar a un lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades de VIAJE: (Continuación)	SÍ	NO	N/A	Necesito más información
18. ¿Sabe leer un mapa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Usa cinturón de seguridad en el automóvil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Tiene usted una tarjeta de identificación del estado o una licencia de conducir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Sabe cómo usar el transporte público (autobús, tren, taxi, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Puede moverse dentro de su comunidad con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Conoce usted las normas sobre el acceso a lugares públicos contenidas en la Ley de estadounidenses con incapacidades (Americans with Disabilities Act)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Tiene o planea obtener una licencia de conducir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Sabe cómo usar el transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades para el CUIDADO DE MASCOTAS	SÍ	NO	N/A	Necesito más información
26. ¿Alimenta y cuida una mascota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Limpia a su mascota y limpia lo que su mascota ensucia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades de SEGURIDAD:	SÍ	NO	N/A	Necesito más información
28. ¿Sabe usted cómo llamar al 9-1-1 y dar información en caso de emergencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Sabe usted cómo practicar "stranger danger"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Conoce los peligros del alcohol, el tabaco y las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Sabe cómo evitar el embarazo, el VIH/SIDA u otras enfermedades que se transmiten por las relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades de RECREACIÓN:	SÍ	NO	N/A	Necesito más información
32. ¿Le gustan los deportes (mira deportes y conversa sobre deportes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Practica algún deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Hace ejercicio por lo menos varias veces por semana para mantenerse en forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Es usted líder en algún deporte u otros grupos o actividades (capitán del equipo, monitor de clase)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSEJOS PARA USAR ESTA LISTA DE DESTREZAS:

Piense en las destrezas que desea desarrollar. Tome notas de sus necesidades y preocupaciones. Después puede hablar sobre qué pasos tomar con las personas que le están ayudando a prepararse para su futuro.

Notas para mí mismo: Para cada una de las veces que contestó "Necesito más información," haga una lista de las preguntas que tenga o de las cosas sobre las que desearía saber más.

Próximos pasos - Metas: Haga una lista de las cosas en las que necesita trabajar para aprender a cuidarse a sí mismo en el futuro. Puede pedirles a las personas que le están ayudando a planear su futuro que trabajen en esto con usted.

Quiero más información sobre: Programas de recreación Actividades de la comunidad Programas de seguridad

Estamos aquí para ayudar. Para aprender más sobre los programas y servicios que brinda UIC-Cuidado Especializado Para Niños, visita nuestra página de internet:

dsccl.uic.edu o "me gusta" en  facebook.com/dsccl.uic.edu