

Lista de verificación de competencias - arreglos para la vida de los adultos/autosuficiencia

Nombre

edad

Fecha

Estas actividades ayudarán a los jóvenes a adquirir las competencias necesarias para ser más autosuficientes y estar preparados para la vida adulta que quieran tener. Puede que algunas de estas actividades no se apliquen a todo el mundo.

Planeo vivir: con mis padres solo con otras personas otro _____

INDEPENDENCIA - competencias y habilidades	SÍ	NO	No corresponde	Necesito más información
¿Colabora con las tareas familiares (limpia lo que ensucia, pone la mesa, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está aprendiendo a hacer las cosas de la casa (lavar la ropa, preparar la comida, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mantiene limpia la casa o la habitación o limpia después de las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recurre a tiendas y servicios cercanos (sabes qué comprar, dónde encontrar las cosas y cómo pagar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ayuda a planificar o preparar comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha pasado noches lejos de su familia (campamentos, fiestas de pijamas con amigos, viajes escolares)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está contento con la forma en que se traslada (de casa al colegio o al trabajo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llama y usa los servicios comunitarios (transporte accesible) y los servicios de defensoría (servicios jurídicos) cuando los necesitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un plan para la vida adulta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo ir a ciertos lugares por su cuenta (autobús, seguir indicaciones o mapas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tarjeta de identificación estatal (ID) o permiso de conducir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Maneja su propio dinero (calcula el cambio, utiliza débito o cheques, llevas el balance de tu chequera, sigues un presupuesto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha buscado vivienda que cubra sus necesidades médicas y de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoce sus derechos en relación con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoce sus derechos de vivienda según la Ley de Vivienda Justa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continuar con la lista de verificación en la página siguiente

¿Tiene previsto algún tipo de asistencia, como ayuda doméstica o un asistente personal, si fuera necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo encontrar servicios de apoyo y orientación para discapacitados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Necesita ayuda para tomar decisiones importantes sobre la vida o la atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un tutor legal o un poder notarial, por si fuera necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUTRICIÓN - competencias y habilidades	SÍ	NO	No corresponde	Necesito más información
---	-----------	-----------	-----------------------	---------------------------------

¿Come variados (o acepta bien la alimentación por sonda)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede comer por sí solo (o por sonda) una vez que la comida está en la mesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede preparar una comida sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está al tanto de la necesidad de una buena nutrición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está satisfecho con su peso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUIDADOS PERSONALES - competencias y habilidades	SÍ	NO	No corresponde	Necesito más información
---	-----------	-----------	-----------------------	---------------------------------

¿Se cepilla los dientes y usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se viste solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se baña solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿se cepilla/peina usted mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Duermes con normalidad y sientes que descansas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabes cuántas horas necesitas dormir al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se acuesta tú mismo en la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ Se despierta solo (con el despertador)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIGIENE PERSONAL - competencias y habilidades	SÍ	NO	No corresponde	Necesito más información
--	-----------	-----------	-----------------------	---------------------------------

¿Sabe cuándo tienes que ir al baño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Va al baño solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se arregla la ropa, se limpia y tira de la cadena?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Necesita alguien que lo ayude con las actividades de la vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOVILIDAD/EJERCICIOS - competencias y habilidades	SÍ	NO	No corresponde	Necesito más información
--	-----------	-----------	-----------------------	---------------------------------

¿Puede levantarse de la cama o salir de la bañera o de la ducha sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hace ejercicio de forma habitual (camina, levanta pesas, hace ejercicios de estiramiento, nada, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

