

El Futuro Es Hoy PIENSA EN GRANDE



Tomando Pasos
Hacia La
Independencia

PREPARACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA TRANSICIÓN
PARA PRE-ADOLESCENTES Y ADOLESCENTES 7-13 AÑOS

Cómo usar este folleto:

Creer significa tomar responsabilidad y éste folleto le ayudará. Contesta las siguientes preguntas con la ayuda de tus padres o un miembro adulto de la familia.

Piensa en lo que significa tener una discapacidad o necesidades especiales de atención de salud (siglas en Ingles SHCN) y lo que puedes hacer por ti mismo. A veces aprender una habilidad nueva lleva tiempo y puede ser frustrante...no te rindas!

Cada paso que des te conducirá a ser independiente.

Haga el Reto - Piensa en Grande!!!



Auto-Ayuda

	Puedo hacer esto	Quién/Qué me puede ayudar?	Completado
¿Puedo pronunciar el nombre de mi discapacidad/SHCN?			
¿Puedo explicarle a otros sobre mi discapacidad/SHCN?			

Salud y Bienestar

¿Hago ejercicios un par de veces a la semana?			
¿Uso un casco cuando corro bicicleta o mi escúter?			
¿Como meriendas saludables?			
¿Me cepillo los dientes dos veces al día?			
¿He hablado con mis padres o el médico sobre el sexo?			
¿Sé como mi discapacidad/SHCN afecta mi vida?			
¿Sé cuando me siento enfermo?			
¿Puedo nombrar los medicamentos que tomo?			
¿Puedo tomar mis medicamentos sin que me lo recuerden?			
¿Sé porque tengo que tomar medicamentos?			
¿Mi discapacidad/SHCN me hace sentir frustrado/triste?			
¿Tengo a alguien para hablar acerca de como me siento?			

Continuación de la lista...

Sistema de Atención Médica	Puedo hacer esto	Quién/Qué puede ayudar?	Completado
¿Sé el nombre de mi médico?			
¿Me siento cómodo/a haciéndole preguntas al médico?			
¿Escribo mis preguntas para el médico antes de visitarlo?			

Socializarse y Recreación			
¿Tengo amigos/as con quien salgo a divertirme?			
¿Se como ser cauteloso cuando estoy usando o hablando con mis amigos/as por internet o Facebook?			
¿Alguna vez me he sentido intimidado/a?			
¿Juego deportes o pertenezco a un club?			

Destreza Para la Vida Independiente			
¿Elijo mi propia vestimenta o actividades?			
¿Me baño diariamente y uso desodorante?			
¿Tengo quehaceres diarios?			
¿Puedo caminar/correr bicicleta solo en mi vecindario?			
¿Quiero manejar un carro algún día?			

Escuela y Trabajo			
¿Leo libros por diversión?			
¿Asisto a la reunión de mi IEP?			
¿Hablo en la reunión de mi IEP?			
¿Sé como mi discapacidad/SHCN me afecta en la escuela?			
¿Sé como pedir ayuda cuando estoy en la escuela?			
¿Comparto mis ideas cuando trabajo en grupo?			
¿He pensado acerca de lo que quiero hacer o trabajar cuando sea grande?			

¿Qué más deseo saber? _____

Notas: _____



Vea las otras ediciones de ésta serie:



Para solicitar copias de ésta publicación, llame al 1-800-332-6262.



Hecho posible con fondos del subsidio D70MC12837 a través del Departamento de Salud de Kansas y Medio Ambiente, Comité Asesor de Niños y Jóvenes con Necesidades Especiales de Salud

