

# 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

