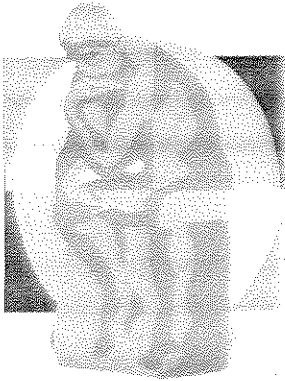


## Índice:



Las actividades descritas en este libro son herramientas de inventario diseñadas para ayudarle a pensar de manera personal sobre el tema de las transiciones. Usted puede elegir uno o más temas que le ayuden a examinar algunos aspectos de una transición próxima.

### Preparándose para una Transición

1. Mi Inventario Personal .....	1
2. ¿Quién son yo?.....	2
3. Preferencias .....	4
4. Confort y Preocupaciones.....	8
5. Tiempo de ocio.....	9
6. Alternativas en el Hogar.....	11
7. Salud.....	12
8. Resumen de Historia de Salud.....	13
9. Hoja de Trabajo de la Escuela.....	19
10. Aprendizaje de Toda la Vida.....	20
11. Disponibilidad de Lugar de Trabajo.....	21
12. Reflexión Personal.....	22

# Preparándome para la Transición - Mi Inventario Personal

Estas son algunas cosas sobre que yo deseo considerar al planear mi transición de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Mis Preferencias/ Intereses**

**Mi estilo de aprendizaje**

**Mi Salud**

**Alternativas para mi tiempo de ocio**

**La educación que yo tengo....**

**La educación que todavía necesito....**

# ¿Quién soy yo?

Marque (x) en la casilla que mejor le describa

## *Yo soy:*

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | De confiar            |
| <input type="checkbox"/> | Sincero               |
| <input type="checkbox"/> | Respetuoso            |
| <input type="checkbox"/> | Atento                |
| <input type="checkbox"/> | Paciente              |
| <input type="checkbox"/> | Generoso              |
| <input type="checkbox"/> | Considerado           |
| <input type="checkbox"/> | Amable                |
| <input type="checkbox"/> | Tipo                  |
| <input type="checkbox"/> | Amistoso              |
| <input type="checkbox"/> | Orgulloso de mi mismo |
| <input type="checkbox"/> | Confiado              |
| <input type="checkbox"/> | Enérgico              |
| <input type="checkbox"/> | Colaborador           |
| <input type="checkbox"/> | Flexible              |

- |                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Un buen oyente                  |
| <input type="checkbox"/> | Me llevo bien con la gente      |
| <input type="checkbox"/> | Divertido                       |
| <input type="checkbox"/> | Dispuesto a aprender            |
| <input type="checkbox"/> | Aplicado en el trabajo          |
| <input type="checkbox"/> | Buen amigo                      |
| <input type="checkbox"/> | Ordenado y organizado           |
| <input type="checkbox"/> | Buen compañero de equipo        |
| <input type="checkbox"/> | Puntual                         |
| <input type="checkbox"/> | Bueno utilizando la palabra     |
| <input type="checkbox"/> | Bueno con las manos             |
| <input type="checkbox"/> | Bueno con cosas mecánicas       |
| <input type="checkbox"/> | Me siento mejor trabajando solo |
| <input type="checkbox"/> | Generalmente estoy contento     |
| <input type="checkbox"/> | Bueno ayudando a otros          |



## *¿Qué mas?*

---

---

---

---

Después de completar esta actividad, compártala con un amigo. Vea si ellos están de acuerdo o no con lo que usted marcó.

# ¿Quién son yo?

¿Quién son yo?

---

---

---

¿Qué hago bien?

---

---

---

¿Cuáles son mis éxitos?

---

---

---

¿Qué cosas me retan?

---

---

---

¿Cuál es el trabajo de mis sueños?

---

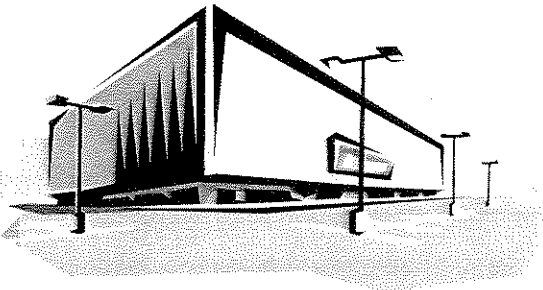
---

---

*Utilice respuestas cortas o solo escriba algunas ideas. Comparta con un amigo.*

# Yo Prefiero:

<input type="checkbox"/>	Trabajar con la gente
<input type="checkbox"/>	Trabajar solo
<input type="checkbox"/>	Tener supervisión cercana
<input type="checkbox"/>	Estar al mando
<input type="checkbox"/>	Trabajar con el sexo femenino primordial mente
<input type="checkbox"/>	Trabajar con el sexo masculino primordial mente
<input type="checkbox"/>	Cuidar a personas mayores
<input type="checkbox"/>	Cuidar niños
<input type="checkbox"/>	Cuidar bebés

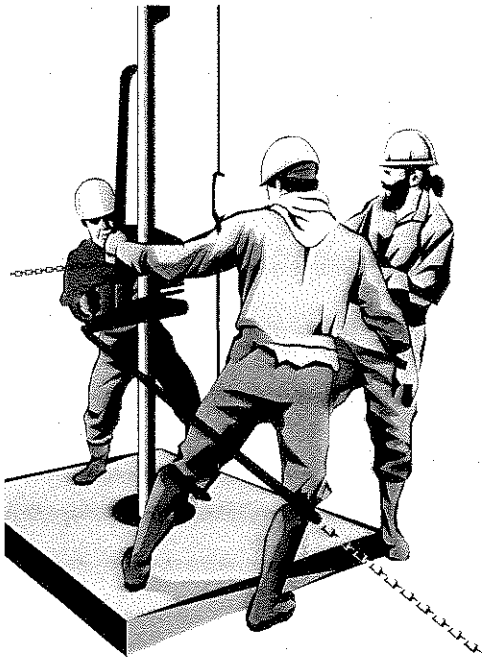


## ¿Donde?

<input type="checkbox"/>	Al aire libre
<input type="checkbox"/>	Bajo techo, adentro
<input type="checkbox"/>	Estar en un lugar grande
<input type="checkbox"/>	Estar en un lugar pequeño
<input type="checkbox"/>	Una compañía (trabajo) grande
<input type="checkbox"/>	Una tienda pequeña

# Yo Prefiero:

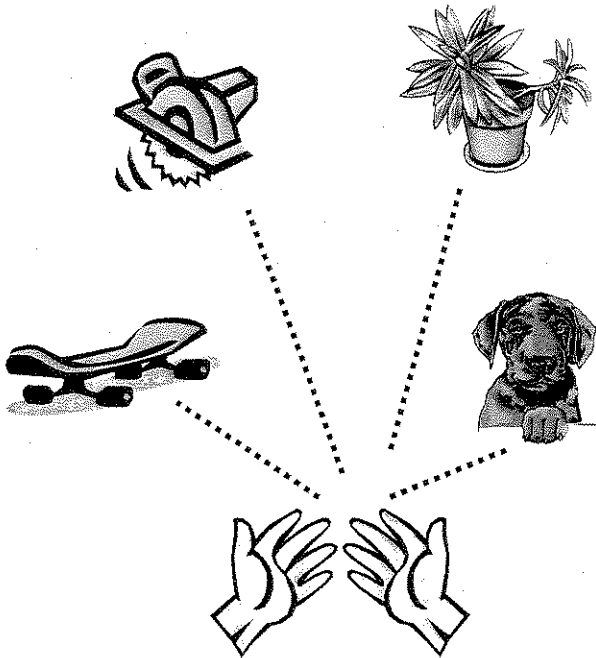
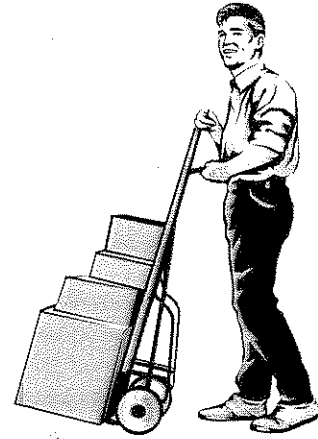
- Sentado la mayor parte del tiempo
- Parado la mayor parte del tiempo
- En un solo sitio
- De un lado a otro
- Viajando
- Permaneciendo cerca de casa



- Teniendo un programa regular
- Teniendo un programa flexible
- Haciendo cosas diferentes
- Haciendo las mismas cosas
- Aprendiendo cosas nuevas
- Un ritmo rápido
- Un ritmo lento
- Buen sueldo

# Yo Prefiero:

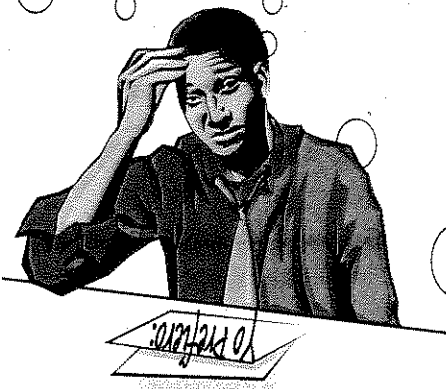
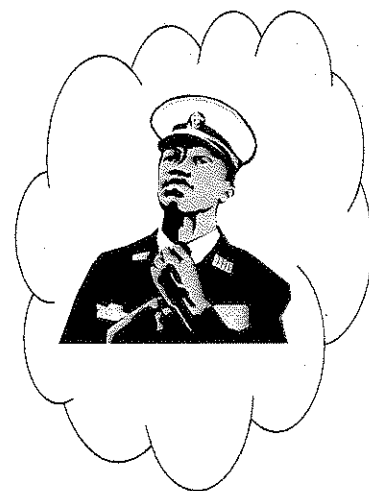
- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Utilizar las manos       |
| <input type="checkbox"/> | Utilizar la fuerza       |
| <input type="checkbox"/> | Utilizar la mente, ideas |
| <input type="checkbox"/> | Hablar                   |
| <input type="checkbox"/> | Hacer, producir          |
| <input type="checkbox"/> | Arreglar                 |
| <input type="checkbox"/> | Mantenimiento            |
| <input type="checkbox"/> | Congregando gente        |
| <input type="checkbox"/> | Planear                  |
| <input type="checkbox"/> | Organizando              |
| <input type="checkbox"/> | Operar                   |

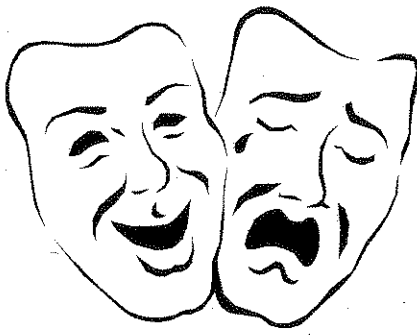


- |                          |                              |
|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Usando herramientas          |
| <input type="checkbox"/> | Manejando papel              |
| <input type="checkbox"/> | Manejando madera             |
| <input type="checkbox"/> | Manejando metal              |
| <input type="checkbox"/> | Manejando ropa               |
| <input type="checkbox"/> | Manejando aparatos           |
| <input type="checkbox"/> | Manejando equipo de deportes |
| <input type="checkbox"/> | Manejando juguetes           |
| <input type="checkbox"/> | Manejando plantas            |
| <input type="checkbox"/> | Manejando animales           |

# Yo Prefiero:

<input type="checkbox"/>	Vestimenta casual
<input type="checkbox"/>	Vestimenta formal
<input type="checkbox"/>	Llevar un uniforme
<input type="checkbox"/>	Ensuciarme
<input type="checkbox"/>	Permanecer limpio





# Comodidades Y Preocupaciones

Yo estoy mas comodo con \_\_\_\_\_

---



---

Mi lugar preferido es \_\_\_\_\_

---



---

Mis actividades preferidas son \_\_\_\_\_

---



---

Yo tengo miedo de:

Estar solo	Necesitar ayuda
Estar en una multitudine	Ser una molestia
No Teniendo ninguno amigo	Ser herido fisicamente
No conocer a nadie	Fracasar
Hablando con la gente que yo no conozco	Avergonzarme
Ser ignorado	Apenar a mi familia
No ser com	Avergonzar a mis amigos
No conocer la respuesta	No teniendo una oportunidad
Cometer un error	No teniendo control sobre mi vida
Diciendo lo incorrecta	No siendo yo mismo
Que se rian de mi	Siendo rechazado
Ser diferente	Que me digan que no
Hiriendo los sentimientos de alguien	El futuro

# Tiempo de ocio

## ¿Que me Gusta Hacer?

¿Puede explicarle una de sus preferencias a un amigo/miembro familiar?

Caminar

Trotar

Nadar

Montar  
bicicleta

Montar  
patineta

Lanzar el  
disco volador

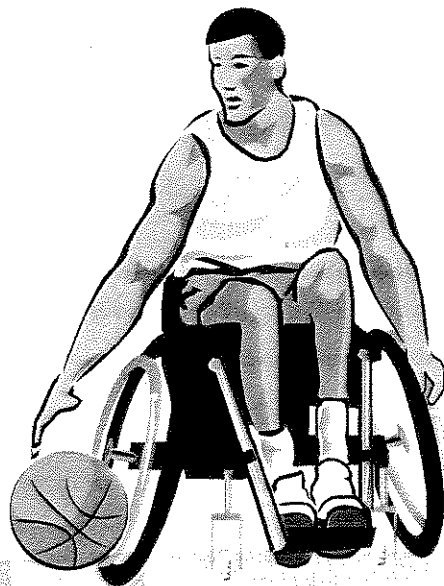
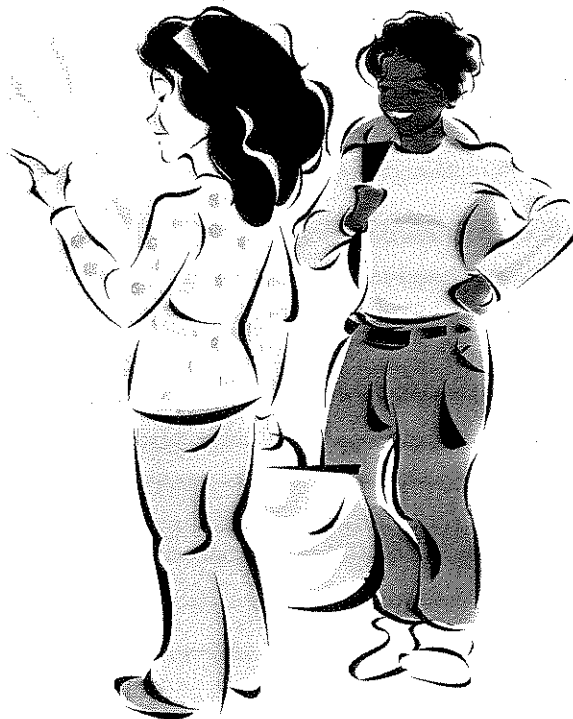
Fotografía

Patinaje sobre  
ruedas

Excursionismo

Baloncesto

Otro

Futbol  
americano

Hockey

Futbol

Tenis

Bolos

Montar a  
caballo






# Elecciones de tareas de hogar

## Limpieza

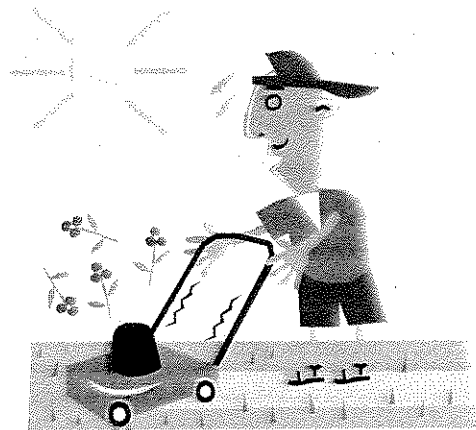
- Sacar la basura
- Recoger la mesa
- Lavar platos
- Quitar el polvo
- Barrer
- Lavar ropa
- Cambiar sábanas
- Pasar la aspiradora
- Recoger, poner orden.
- Reciclar
- Hacer la cama
- Vaciar el lava vajilla

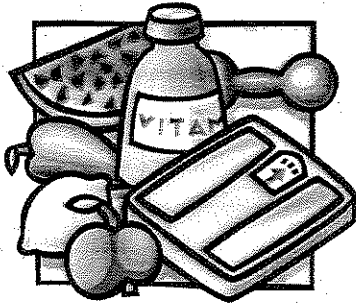
## Cocina

- Tostar el pan
- Utilizar la tostadora
- Utilizar el microondas
- Hacer café
- Utilizar la estufa
- Utilizar el horno
- Utilizar el abrelatas
- Utilizar un procesador de alimentos
- Pelar papas
- Preparar la cena
- Seguir una receta

## Jardinería

- Regar
- Barrer
- Palear
- Utilizar el rastrillo
- Utilizar la cortadora de césped
- Sacar la maleza/mala-hierba
- Recortar
- Podar
- Plantar
- Fertilizar





# Salud y Bienestar

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Puedo llamar por teléfono para ayuda.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Se cómo cerrar mi puerta delantera.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Se como cerrar las ventanas en mi casa.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Puedo usar un extinguidor de incendios.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Puedo verificar las alarmas de humo de mi casa.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Utilizo aparatos eléctricos de manera segura.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Pongo los utensilios de limpieza lejos de animales y niños pequeños.</b>                               |
| <input type="checkbox"/> | <b>Se cuando necesito ver a un médico.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Puedo curarme heridas pequeñas.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Tomo la medicina que mi médico me receta.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Mantengo un régimen saludable ingiriendo alimentos adecuados.</b>                                      |
| <input type="checkbox"/> | <b>Ordeno/compro comida que promueve una vida sana.</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Hago mis propias citas médicas.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Conozco los nombres, direcciones y números telefónicos de mis médicos.</b>                             |
| <input type="checkbox"/> | <b>Puedo ubicar los números de contactos de emergencia.</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Puedo usar un teléfono celular para pedir ayuda.</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Se aplicar técnicas de resucitación cardiopulmonar (CPR).</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Se como a pedir ayuda.</b>   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Se como planear una actividad de ejercicio.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Se a quien llamar para planear una actividad.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | <b>Puedo conseguir información sobre acontecimientos de eventos locales que promueven la buena salud.</b> |

## Sumario de Historia de salud

Mientras que usted hace la transición de la atención pediátrica a la asistencia sanitaria adulta, usted estará asumiendo más responsabilidad por su asistencia sanitaria. Cuando vaya a su nuevo médico de atención de adultos (u otro proveedor de asistencia sanitaria), le preguntaran sobre acontecimientos de salud muy importantes en su vida. Entonces haga que un adulto/padre/profesional le ayude a llenar este formulario; así usted estará mas preparado para las preguntas que lo hagan.



¿Cómo describiría su salud en general? Por favor marque con un círculo la respuesta apropiada y añada comentarios si lo desea

Normal

Buena

Excelente

---



---



---

¿Cuáles son sus necesidades de asistencia sanitaria especiales? ¿Existe algo en particular que su médico necesita saber sobre sus necesidades especiales? \_\_\_\_\_

---



---



---

¿Cuáles fueron sus problemas de salud principales durante su niñez y adolescencia? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**¿Qué medicaciones está tomando actualmente?**

Medicaciones:	¿Para qué lo toma?	¿Cuánto?(Dosis)	¿Con qué frecuencia (Programa)?

**Alergias o reacciones adversas a medicaciones.**

¿Existe algún medicamento que usted haya tomado y le haya causado problemas?

Medicación	Razones por las que ya no la toma

**Alergia a alimentos u otras alergias, incluyendo picaduras de abejas**

Alimentos o sustancias	Reacción y tratamiento.

**Historial médico:**

Su peso de nacimiento. \_\_\_\_\_ ¿Fue prematuro? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuántas semanas se adelantó? \_\_\_\_\_

¿Tuvo su madre problemas con su embarazo o parto? \_\_\_\_\_

¿Fue hospitalizado en el momento de su nacimiento? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuantos días? \_\_\_\_\_ ¿Semanas? \_\_\_\_\_

¿Qué problemas tuvo en el parto?

---



---



---



---

Por favor indique cualesquier enfermedad seria que usted haya tenido y cualesquier lesión que en la que haya sufrido pérdida de la conciencia. \_\_\_\_\_

---



---



---

Por favor indique hospitalizaciones y cirugías que usted haya tenido e incluya las fechas y lugares. \_\_\_\_\_

---



---



---

**Historia de salud personal: Ha tenido alguna vez lo siguiente:**

Condición:	Si	Edad
Anemia		
Asma		
Transfusión de sangre		
Cáncer		
Estreñimiento		
Diabetes		
Infecciones de oído		
Problemas de la alimentación		
Enfermedades de corazón		
Hepatitis		
Convulsiones (Epilepsia)		
Tuberculosis		
Síndrome de Falta/Déficit de Atención		

Condición:	Si	Edad
Depresión		
Intento de suicidio		
Desorden de comportamiento		
Ansiedad		
Discapacidad de aprendizaje		
Retraso de desarrollo		
Desordenes de la alimentación		
Otras condiciones no indicadas:		

Si la respuesta es si a cualquiera de las condiciones anteriores por favor utilice este espacio para hacer comentarios adicionales. Para individuos que padecen de convulsiones, descríbalas e incluya con que frecuencia ocurren, que tan largas son y cuándo fue la última vez que tuvo una \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Que tipos de pruebas se ha hecho previamente para estas condiciones?, ¿Cuáles fueron los resultados y donde fueron hechos? (IRM, CT, EEG, EKG, Pruebas Genéticas, Análisis de Sangre, Pruebas Sicológicas) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

¿Qué tratamientos se han probados para estas condiciones y cuál fue el que tuvo mas éxito? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Su condición está (Por favor marque con un círculo su respuesta):

(Igual)            (Mejor)            (Peor)

**Información de recursos:**

Escuela: \_\_\_\_\_ Calificaciones Escuelas: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP)? \_\_\_\_\_ ¿Tiene un 504 plan? \_\_\_\_\_  
 Nombre de persona de contacto en la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 ¿Utiliza servicios de Rehabilitación Vocacional? \_\_\_\_\_ Persona de contacto en DVR. \_\_\_\_\_

**Historia médicas recientes:**

Indique el nombre, dirección y número telefónico del médico o proveedor de asistencia sanitaria que tenga el historial clínico mas reciente sobre su condición de salud.

Nombre	Especialidad	Dirección	Teléfono

**Otros recursos:**

Indique el nombre, dirección y número telefónico de las personas que hayan trabajado con usted con respecto a su condición de salud en los últimos dos años (tales como un terapeuta físico, farmaceuta, establecimiento de equipos médicos, trabajador social, enfermero de la escuela, etc..)

Nombre	Función	Dirección	Teléfono

**Información de Inmunizaciones: (O anexe una copia de su reporte de inmunizaciones)**

DPT/DT	1.	2.	3.	4.	5.
TD	1.	2.	3.	4.	5.
OPV	1.	2.	3.	4.	5.
MMR	1.	2.			
HIB	1.	2.	3.	4.	
Hep B	1.	2.	3.	4.	
Varicela	1.	2.			

**Historia de Salud de familia: ¿Han tenido sus familiares de sangre alguna de las siguientes condiciones?:**

Condición:	Relación
Anemia	
Cáncer de Mama o de Pecho	
Cáncer (otro)	
Diabetes	
Ataque al corazón.	
Tensión Arterial alta	
Colesterol alto	
Convulsiones	
Anemia falciforme	
Accidente cerebrovascular (ACV)	
Problemas de la tiroides	
Tuberculosis	

Condición:	Relación
ADD/ADHD	
Alcoholismo	
Depresión	
Consumo de Estupefacientes	
Discapacidad de aprendizaje	
Maniaco depresivo	
Suicidio	
Esquizofrenia	
Otras condiciones	

**Comentarios:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Información de Cobertura de Seguro Medico:**

Seguro	Número de póliza	Número telefónico

¿Recibe usted ingresos (SSI) de seguridad social?	SI	NO
¿Recibe usted beneficios médicos a través del programa de SSI?	SI	NO

**Contactos de emergencia**

Nombre	Relación	Números telefónicos	
		T= trabajo, D=domicilio, casa	
		(T)	(D)
		(T)	(D)

**Actividades de la Vida Diaria**

	SI	NO
Tiene pérdida de visión		
Lleva gafas o lentes de contactos		
Es sordo o tiene problemas de la audición		
Usa un audífono		
Tiene problemas de habla		
Utiliza lenguaje de señas		
El ingles es su idioma predominante Si no, cual es su idioma		
Puede caminar		
Utiliza una caminadora		
Utiliza una silla de ruedas		
Lleva consigo una identificación de alerta medica		

¿Utiliza otro tipo de asistencia para realizar sus actividades diarias?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Tiene alguna restricción en sus actividades diarias? (¿Puede conducir un automóvil? ¿Necesita un computador para comunicarse?)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

u médico de adulto le hará preguntas en privado sobre su sexualidad, uso de drogas, alcohol y cigarrillo.

# Resumen académico – una hoja de trabajo

Grado/Año en la Escuela

Octavo (8)

Estudiante de noveno (9) grado (Freshman)

Estudiante de décimo (10) grado (Sophomore)

Estudiante de onceavo (11) grado (Junior)

Estudiante de doceavo (12) grado (Senior)

Super Senior (13+)

(x)




## Clases que ya he tomado

	(x)		(x)		(x)		(x)		(x)
Ingles I		Ingles II		Ingles III		Ingles IV		Ingles electivo	
Matemáticas I		Matemáticas II		Matemáticas III		Matemáticas IV		Matemática electiva	
Ciencia I		Ciencia II		Ciencia III		Ciencia IV		Ciencia optativas	
Ciencias sociales		Ciencias sociales		Ciencias sociales		Ciencias sociales		SS optativas	
Salud PE		Salud PE		Salud PE		Salud PE		Salud PE	
Artes escénicas visuales		Artes escénicas visuales		Artes escénicas visuales		Artes escénicas visuales		Artes escénicas visuales	
Artes practicas		Artes practicas		Artes practicas		Artes practicas		Artes practicas	
Idioma universal		Idioma universal		Idioma universal		Idioma universal		Idioma universal	
Clases electivas		Clases electivas		Clases electivas		Clases electivas		Clases electivas	

Es importante estar al tanto de los cursos que se necesitan para graduarse. Algunas escuelas tienen requisitos locales adicionales que los estudiantes deben cumplir, tales como horas de servicio comunitario.

**Debo pasar la Evaluación de Destrezas de Escuela Secundaria como requisito de graduación**

SI  NO

**Planeo ir a la universidad. Estoy tomando cursos de preparación para la universidad (indique cuáles en el espacio de abajo)**

SI  NO


**Planeo trabajar después de escuela secundaria. Este es el entrenamiento vocacional que he tomado (indique en el espacio de abajo).**

SI  NO


# Aprendizaje de toda la vida

Nombre \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_  
 La Fecha de hoy \_\_\_\_\_

¿Que tan Viejo sere cuando yo me graduo? 18 \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_

¿Planeo ir a la Universidad despues de que yo me graduo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si si:  
 ¿En que tipo de la escuela soy interesado? University or College Jornada complete \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_  
 Universidad comunitaria Jornada complete \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_  
 Comercie/la escuela Tecnica Jornada complete \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_  
 Escuela vocacional adulta Jornada complete \_\_\_\_\_ Tiempo parcial \_\_\_\_\_

Will I need to take College Board exams (SAT)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿He tomado la prueba de logro escolar aun? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo estoy tomando cursos de preparacion universitarios Si \_\_\_\_\_ No seguro \_\_\_\_\_

Yo se que cursos yo necesito llevar solicitior ingreso a la universidad Si \_\_\_\_\_ No seguro \_\_\_\_\_

Yo se que revelacion quiere decir Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo planeo reveler mi discapacidad a la universidad Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Yo se como ponerse en contacto con servicios de discapacidad en la Universidad. Si \_\_\_\_\_ No seguro \_\_\_\_\_

Mis evaluaciones son actuales. Si \_\_\_\_\_ No seguro \_\_\_\_\_

*Su gerente de caso y/o el orientador vocacional podra responder preguntas de la informacion importante que usted puede tener que hacer estas elecciones academicas.*

# Disponibilidad de lugar trabajo

Marque (x) en el enunciado que mas tenga sentido para usted.

**Yo no voy a la universidad**  
**¿Cuáles son mis planes?**  
**¿Qué me puede ayudar a prepararme para el trabajo mientras esté todavía en la escuela secundaria?**



	Empleo	Jornada completa	Tiempo parcial
Viajes de trabajo	Si	No	
Soporte de una persona en el lugar de trabajo	Si	No	
Muestreo de empleos	Si	No	
Exploración de carrera	Si	No	
Experiencia de aprendizaje estructurada	Si	No	
Empleo con soporte	Si	No	
Trabajos de verano	Si	No	
Pasantías	Si	No	
Programas de desarrollo profesional	Si	No	
Escuela vocacional	Si	No	
Experiencia de trabajo dentro de la escolar	Si	No	
Preparación técnica	Si	No	

## Reflexión personal

Estas son mis destrezas:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Me hace falta ayuda en esto:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Otras ideas/reflexiones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---