

mi vida, mi salud...listos

En esta lista hay ciertos puntos que pudieran o no referirse a tí. Has el esfuerzo de pensar sobre cada uno de ellos de manera creativa.	ALGO EN LO QUE ME QUIERO ESFORZAR	¿QUÉ NECESITO HACER?	YA ESTÁ HECHO ✓
Auto-Apoyo			
Sé cuáles son mis derechos en cuanto a la privacidad, a tomar decisiones y dar consentimiento con asuntos referentes a mi vida.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Si soy una persona con incapacidades, sé cuáles son mis derechos legales.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Aspectos Social y de Recreación			
Paso tiempo con mis amigos fuera de la escuela.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé sobre cómo tener salidas románticas y sobre el sexo seguro.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Escojo mis programas y actividades.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Habilidades Para Vivir de Manera Independiente			
Preparo comidas con mi familia.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Ayudo con las compras de alimentos.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Soy responsable de algunas de las tareas caseras.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Elijo mi propia ropa.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Cuido mis cosas.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Estoy consciente de mi apariencia personal y me aseo periódicamente.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Tengo acceso a mi cuenta bancaria.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Puedo comprar las cosas que necesito, (ropa, CD, útiles escolares) y sé dónde puedo obtenerlos.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Estoy aprendiendo cómo ir con seguridad de un lado a otro en mi comunidad.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Estoy aprendiendo a usar el transporte público.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Puedo quedarme solo en la casa.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé cómo obtener los suministros de cuidados de salud que necesito.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Puedo cuidar mi equipo (silla de ruedas, nebulizador, bobeadores o jeringas para insulina, etc.)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
He utilizado los dispositivos y la tecnología de asistencia.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé qué hacer en caso de emergencia.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Hablo sobre el lugar en donde me gustaría vivir en el futuro.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
La Escuela y el Empleo			
Hago mis asignaciones sólo/sóla.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Si tengo una incapacidad, sé cómo esta afecta mi aprendizaje.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé lo que necesito y con quien hablar para tener éxito en la escuela.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Participo en los planes de mi educación (consejería, IEP o reuniones 504).	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé cuales son mis habilidades e intereses relacionados con las carreras de mi elección.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Hablo de mis planes para después de graduarme de la escuela secundaria.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Yo exploro oportunidades de trabajos voluntarios y/o medio tiempo.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Salud y Bienestar

Trato de hacer ejercicio todos los días y de comer saludablemente.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Me siento contento con mi cuerpo.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé los riesgos de fumar, de tomar bebidas alcohólicas y del uso de drogas.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé con quién hablar en momentos difíciles.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Reconozco los cambios por los que estoy pasando durante mis años de adolescencia.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé cuáles medicamentos tomo, cuánto necesito y cuándo tomarlos.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Me reúno con mi doctor a solas.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
He hablado con mi doctor de mis metas de salud y bienestar.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Durante mis consultas, le hago preguntas al doctor.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Durante mis consultas, le contesto preguntas al doctor.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Participo en las decisiones médicas.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Tengo un expediente con la información de mis cuidados de salud.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Hablo con mi doctor sobre servicios para adultos.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
He hablado con mi doctor de las cosas que debería tomar en cuenta cuando elija un doctor o un especialista.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
He hablado con personas mayores que conozco sobre consultar a un doctor ya como adulto.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

Sistema de Cuidados De Salud

Sé la fecha y la razón de mi siguiente cita con el doctor.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Puedo llamar al consultorio de mi doctor para hacer o cambiar una cita.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé el nombre de mi compañía de seguro médico y tengo la información de cómo trabajan.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Sé la diferencia entre proveedores primarios y proveedores de cuidados especiales.	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

AHORA QUE YA COMPLETASTE ESTA LISTA TOMA ALGÚN TIEMPO PARA PENSAR EN LO QUE HAS CRECIDO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. FELICÍTATE POR TUS ÉXITOS Y RECONOCE TUS ERRORES.

La decisión de pasar a la siguiente lista es completamente tuya. Puedes utilizar la columna que dice YA ESTÁ HECHO para ayudarte a tomar la decisión. Si tienes un ✓ al lado de cada artículo en el que quieras esforzarte, entonces pasa a la siguiente lista que se llama:

¡ARRANCA!

Tabla del Desarrollo Saludable de un Adolescente

CRECIMIENTO FÍSICO		
AL PRINCIPIO Tu cuerpo y tus sensaciones crecen y cambian.	DESPUÉS Tu cuerpo comienza a parecer más al cuerpo de un adulto que al de un niño.	MÁS TARDE El crecimiento comienza a disminuir a medida que alcanzas la madurez física y reproductiva.
CONOCIMIENTO Y COMPRENSIÓN		
AL PRINCIPIO Casi siempre estás pensando en el “aquí y ahora” y sobre cómo te sientes. Por ejemplo: “No quiero ir al doctor, me va a poner una vacuna y no me gustan las vacunas.”	DESPUÉS Te das cuenta que las cosas son más complicadas que antes. Algunas veces tienes que esforzarte más para lograr las cosas que quieres o que necesitas. Por ejemplo: “Es buena idea ir al doctor y tener un chequeo para así poder practicar deportes e ir de campamento, pero aún así, todavía no me gusta que me vacunen.”	MÁS TARDE Vas aprendiendo a pensar sobre cosas desde diferentes puntos de vista para poder entender el todo en general. Puedes entender, planificar y esforzarte para alcanzar metas a largo plazo. Por ejemplo: “Ahora, cuando voy al doctor, no necesito que mis padres entren conmigo y sé que las vacunas son importantes.”
DEPENDIENTE/INDEPENDIENTE		
AL PRINCIPIO Tus padres te piden que hagas más cosas en la casa. Algunas veces te dicen “estás muy grande para eso” y otras te dicen “estás muy pequeño”. Tienes la sensación que ya estás muy grande para tus juguetes, tu ropa, tus juegos.	DESPUÉS Te metes en conflictos con tus padres y con otros familiares. Eres más reservado y no quieres contarles todo. Sientes que tus padres te sobreprotegen y no te entienden.	MÁS TARDE Eres libre de elegir por tu propia cuenta y de tomar decisiones y eso conlleva a hacerte responsable de las consecuencias.
Tu humor cambia de repente; por ejemplo: rápidamente pasas de sentirte feliz a sentirte aburrido o cansado.		
Comienzas a evitar las muestras de afecto de tus padres, pero ¡aún lo necesitas!		
IMAGEN CORPORAL		
AL PRINCIPIO Comparas tu cuerpo al de tus amigos. Te preocupa la manera en que te ves y lo que la gente piensa de ti.	DESPUÉS Te sientes cómodo con los cambios corporales, pero te preocupas más por tu “atractivo físico”. Algunas veces estás lleno de energía y otras, quisieras pasártela	tirado.
GRUPO DE COMPAÑEROS		
AL PRINCIPIO Las amistades más cercanas tienden a ser con personas de tu mismo sexo. El contacto con el sexo opuesto usualmente ocurre en grupos.	DESPUÉS Tiendes a asociarte con ciertos grupos, equipos, pandillas, etc. Comienzas a pensar en tener novio o novia, en una relación personal.	MÁS TARDE Ya tus amigos no te afectan tanto en tus ideas o cuando tomas decisiones. Tu elección de un compañero (a) o de tus amistades, se centra en tus propias ideas y valores y no en lo que tus amigos prefieren.
IDENTIDAD		
AL PRINCIPIO Preguntas, “¿soy normal?”	DESPUÉS Podrías comenzar a explorar nuevas cosas, es decir, a hacer nuevos amigos, buscar nuevos trabajos, tener relaciones íntimas o tratar nuevas cosas que no sabes si son seguras o correctas.	MÁS TARDE Comienzas a ver la familia desde un nuevo punto de vista, te identificas con ellos como otro adulto más. Tienes tus propios valores éticos y morales. Tienes metas profesionales que son realistas y sabes cuáles son tus limitaciones. Eres más capaz de mantener relaciones íntimas y complejas.