



## Evaluación Personal

### Tecnología de Asistencia

- Usa algún tipo de aparato médico, o a una persona para ayudarle:

- ¿Usar el baño?
- ¿Acostarse o levantarse de la cama?
- ¿Salir de su casa?
- ¿Comer/preparar la comida?
- ¿Comunicarse?
- ¿Tomarse o acordarse de los medicamentos?

### Animal de Servicio

- ¿Tiene un animal de servicio?

- Sí
- No

- ¿Cómo le ayuda a usted?

\_\_\_\_\_

- ¿Tiene una nota del médico que dice que usted lo necesita?

- Sí

### Animal de Apoyo Emocional

- ¿Tiene un animal de apoyo emocional?

- Sí
- No

- ¿Cómo le ayuda a usted?

\_\_\_\_\_

- ¿Tiene una nota del médico que dice que usted lo necesita?

- Sí
- No



Idaho State Independent Living Council



### Evacuación

- ¿Puede usted evacuarse de su casa por su propia cuenta?

Sí  
 No

- ¿Necesitará usted transportación?

Sí  
 No

- ¿Qué tipo de asistencia necesitará usted?

---

- ¿Qué tipo de transportación?

---

### Vivir de Forma Independiente

- Si no podría quedarse en su casa o apartamento, ¿podría usted hacer lo siguiente sin ayuda?

¿Usar el baño?  
 ¿Cocinar su propia comida?  
 ¿Moverse a/de una cama?  
 ¿Comunicarse?

- ¿Puede usted hacer estas cosas más arriba sin nada de ayuda todos los días por:

¿Una semana?  
 ¿Dos semanas?  
 ¿Un mes?

### Comunicación

- ¿Puede usted comunicarse con personas aparte de sus amigos, familia o personal sin su tecnología de asistencia?

Sí  
 No

Si no, entonces puede usted usar:

¿Bolígrafo y papel?  
 ¿Su propia comunicación de libro ilustrado?

- ¿Puede usted decirles a las personas qué necesita usted y/o entender lo que le están diciendo a usted?  Sí  No
- ¿Normalmente usa un intérprete de ASL (siglas en inglés para la lengua de signos americana) u otros aparatos de comunicación para ayudarle a comunicarse con gente que no conoce usted?  Sí  No