



## 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?
  - Otra \_\_\_\_\_

### 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
  - No

### 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?
- ¿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