

# CÓMO PLANEAR SU FUTURO

UNA HOJA DE RUTA  
PARA SUS METAS







## CÓMO PLANEAR SU FUTURO.

Pronto, su coordinador de servicios del Harbor Regional Center se reunirá con usted y con las personas que son importantes en su vida. Esta reunión es una oportunidad para que usted, su familia y sus amigos se reúnan y piensen acerca de dónde está usted actualmente, dónde quiere estar en el futuro y qué apoyo podría usted necesitar para ayudarlo a llegar ahí.

Asegúrese de que su coordinador de servicios sepa quiénes le gustaría que estén en su reunión. Si llena este formulario, o incluso si solo piensa en algunas de las preguntas que este le formula, estará mejor preparado para su reunión de planeación. Puede llenar este formulario usted mismo o puede pedirle a un familiar o amigo para que lo ayude a llenarlo, o solo piensen en ello juntos. Si no quiere llenar este formulario, eso igual está bien.

Sin embargo, consideramos que le parecerá útil, ¡y también divertido!

- Esto es sobre usted. ¿Cómo se llama?

---

## CUESTIONES SOBRE USTED

1. ¿Cuáles son algunas de las cosas buenas de usted? ¿Qué le agrada a la gente de usted? ¿Qué puede usted hacer bien? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Qué cosas le gusta hacer? ¿En la ciudad? ¿En casa? ¿Para divertirse? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Qué cosas NUEVAS le gustaría hacer? ¿En la ciudad? ¿En casa? ¿Para divertirse? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Qué lo hace feliz? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Qué hace que usted se enoje, se ponga triste o se frustre? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Con quién prefiere usted hablar y hacer cosas? (Puede mencionar a más de una persona si lo desea.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES QUE SON IMPORTANTES PARA USTED

Puede utilizar este espacio para escribir sobre cualquier otro asunto de importancia que considere que deban conocer las personas que lo apoyarán en la planeación de su futuro. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE SU EQUIPO DE APOYO

7. ¿Quién está en su equipo de apoyo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿De qué manera lo ayudan? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE SU VIDA ESPIRITUAL

9. ¿Asiste usted a la iglesia, a la sinagoga o a otro lugar de culto?  
 SÍ  NO
10. ¿Necesita usted ayuda para ir a su lugar de culto y, en caso afirmativo, quién lo ayuda? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Si usted no va a la iglesia o a otro lugar de culto, ¿esto es algo que le gustaría hacer?  SÍ  NO

## CUESTIONES SOBRE DÓNDE Y CON QUIÉN VIVE USTED

12. ¿Cómo vive usted ahora?  ¿Solo?  ¿Con uno o más compañeros de piso?  ¿Con sus padres?  ¿Con otros parientes?  ¿En un hogar grupal?  ¿Otro? \_\_\_\_\_
13. ¿Qué es lo mejor del lugar donde vive ahora? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿Qué cosas no le gustan del lugar donde vive ahora? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. ¿Quién lo ayuda en casa? \_\_\_\_\_  
¿Quién lo ayuda a presupuestar su dinero, a comprar, a cocinar y cosas así?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. ¿Cuenta usted con apoyo de los IHSS?  SÍ  NO  
¿Cuántas horas? \_\_\_\_\_

17. ¿Cuenta usted con el SSI?  SÍ  NO

18. ¿Se siente usted apoyado por su coordinador de servicios del HRC?  
 SÍ  NO  
Cuando llama a su coordinador de servicios del HRC, ¿ le devuelve la llamada en el plazo de un día?  SÍ  NO

19. ¿Hay áreas en las que necesite más ayuda?  SÍ  NO  
Si la respuesta es, sí ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. ¿Está usted viviendo donde quiere vivir y con quien quiere vivir?  
 SÍ  NO Si la respuesta es no, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Si todo fuera posible, ¿dónde le gustaría vivir y con quién?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE LAS ACTIVIDADES DURANTE EL DÍA

22. ¿Qué hace usted durante el día? \_\_\_\_\_

---

---

23. ¿Qué es lo que más le gusta de lo que usted hace durante el día?

---

---

24. ¿Qué cosas no le gustan de lo que usted hace durante el día?

---

---

25. Si todo fuera posible, ¿qué es lo que más le gustaría hacer durante el día?

---

---

---

## CUESTIONES SOBRE EL TRABAJO/VOLUNTARIADO

26. Si ha trabajado o hecho voluntariado en el pasado, ¿qué trabajos le han gustado más? \_\_\_\_\_

---

27. Si está interesado en trabajar, ¿qué tipo de trabajos le interesan? \_\_\_\_\_

---

---



28. ¿Desea ayuda para conseguir un trabajo?  SÍ  NO
29. ¿Necesita ayuda para utilizar el transporte para ir al trabajo?  
 SÍ  NO  
 ¿Ya está trabajando?  SÍ  NO  
 ¿Cómo es su trabajo? \_\_\_\_\_
30. ¿Es el tipo de trabajo que a usted le gusta?  SÍ  NO  
 ¿Están bien las horas y los días?  SÍ  NO  
 ¿Obtiene usted el apoyo que necesita?  SÍ  NO  
 ¿Está usted satisfecho con la cantidad de salario que recibe?  SÍ  NO  
 ¿Recibe usted prestaciones de su trabajo?  SÍ  NO  
 ¿Está su trabajo lo suficientemente cerca de donde usted vive?  SÍ  NO  
 ¿Hay algo en lo que necesite más ayuda?  SÍ  NO  
 ¿Cómo se lleva con la gente del trabajo?  Excelente  Bien  
 No muy bien
- Cuando usted piensa en su trabajo (marque la casilla que muestra cómo se siente la mayor parte del tiempo)  Se alegra de haberlo conseguido  
 Está bien que lo haya conseguido  Lamenta haberlo conseguido  
 ¿Hay algún problema o preocupación que tenga con su trabajo?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE SU SALUD

31. ¿Cómo se siente? ¿Tiene problemas de salud que sean de preocupación para usted o su familia? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



32. ¿Cuenta usted con un médico?  SÍ  NO

Si la respuesta es, ¿cuándo fue la última vez que consultó con él?

¿Cuál fue el motivo? \_\_\_\_\_

33. ¿El médico lo está tratando por algo?  SÍ  NO

Si la respuesta es, ¿para qué recibe tratamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

34. ¿Toma usted algún medicamento recetado o de venta libre?

SÍ  NO

35. ¿Necesita usted ayuda para consumir sus medicamentos?  SÍ  NO

Si la respuesta es, ¿quién lo ayuda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. ¿Cuenta usted con un dentista?  SÍ  NO

Si la respuesta es, ¿cuándo fue la última vez que consultó con él? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. ¿Necesita usted ayuda para ir al médico o al dentista?  SÍ  NO

Si la respuesta es, ¿quién lo ayuda? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. ¿Cuáles son su peso y estatura? \_\_\_\_\_

39. ¿Lleva usted una dieta especial?  SÍ  NO

40. ¿Tiene usted metas de salud?  SÍ  NO

Si la respuesta es, ¿cuáles son? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE SU FUTURO

41. ¿Cuáles son las expectativas y deseos que usted tiene para su futuro?  
Piense en lo que desea para usted en el próximo año. ¿Qué hay acerca  
de los tres o cuatro años siguientes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. ¿Qué tipos de apoyo necesitará de su familia, amigos, vecinos y de otros  
en la comunidad para ayudarlo a lograr sus metas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

43. ¿Qué tipo de apoyo necesitará del Centro Regional Harbor para ayudarlo  
a alcanzar sus metas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

44. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de su futuro? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. Si su familia no está disponible, ¿a quién recurriría para obtener apoyo?

---

---

---

## ¿ALGO MÁS?

46. ¿Hay algo más que le gustaría analizar en su reunión de planeación?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



HARBOR DEVELOPMENTAL DISABILITIES FOUNDATION, INC.  
21231 Hawthorne Boulevard, Torrance, CA 90503 • 310.540.1711 • [www.harborrc.org](http://www.harborrc.org)

September 2021