

¿Cómo es mi vida independiente?	Piensa		¿Es importante?		¿Necesito Apoyo?		
	 Si	 No	 Si	 No	 Mucho	 Poco	 Nada
<b>Vida Compartida</b>							
Comparto espacios, tareas y responsabilidades en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Respeto las reglas de la casa que se han definido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sé cómo actuar cuando hay conflictos entre compañeros de casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Puedo gestionar mis emociones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Comida</b>							
Se cómo planificar las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo hacer una lista de la compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Organizo comidas conjuntas con amigos y comparto gastos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Puedo seguir una receta para preparar una comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Puedo preparar y cocinar comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Seguridad</b>							
Tengo una lista de contactos para emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo actuar en caso de incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se qué hacer para estar seguro cuando utilizo el gas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo prevenir accidentes con electricidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo pedir ayuda ante un accidente en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo utilizar un botiquín de primeros auxilios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Cómo es mi vida independiente?	Piensa		¿Es importante?		¿Necesito Apoyo?		
	 Si	 No	 Si	 No	 Mucho	 Poco	 Nada
<b>Actividades Domésticas</b>							
Se cómo hacer mi colada utilizando la lavadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo planchar mi ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo limpiar las distintas partes de mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Yo reciclo en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Puedo cuidar de mi higiene personal (lavarme el pelo, afeitarme, cortarme las uñas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Elijo mi ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Me se vestir según la estación de año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Cuidado de la Salud</b>							
Se cómo pedir una cita con el doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Puedo ir al doctor y decirle lo que me pasa de manera adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Puedo hacer vendajes básicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se a quién llamar cuando estoy enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Me las arreglo bien para tomar mis medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tomo mis medicinas cuando me tocan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tengo formas de no olvidarme de tomar mis medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Para evitar los olvidos: lo anoto, le pido a alguien que me recuerde, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Cómo es mi vida independiente?	Piensa		¿Es importante?		¿Necesito Apoyo?		
	 Si	 No	 Si	 No	 Mucho	 Poco	 Nada
<b>Gestión de mi dinero</b>							
Se lo que recibo al mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Controlo los gastos mensuales de mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Pago las facturas de mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo usar los servicios de un banco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo usar un cajero automático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Uso dinero para ir a comprar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ahorro dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Transporte</b>							
Utilizo transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Me muevo a pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Tiempo Libre</b>							
Planifico actividades para el fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Participo en actividades de mi Comunidad Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Elijo con mis amigos las actividades que queremos hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hablo con mi familia y amigos por teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Elijo y voy a restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Voy al cine, al teatro, a conciertos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ando por el parque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Cómo es mi vida independiente?	Piensa		¿Es importante?		¿Necesito Apoyo?		
	 Si	 No	 Si	 No	 Mucho	 Poco	 Nada
Visito centros comerciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Visito museos, ferias, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Hábitos de Vida Saludable</b>							
Hago ejercicio regularmente (andar, correr, gimnasio, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Elijo alimentos que son saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Duermo como mínimo 8 horas cada noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bebo agua a lo largo del día y entre comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Afectividad y Sexualidad</b>							
Se qué es la Sexualidad y sus dimensiones: amor, placer, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo identificar sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se cómo expresar mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Respeto mis sentimientos y los de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se lo que son las enfermedades de transmisión sexual y cómo protegerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Puedo usar métodos anticonceptivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Se dónde acudir en caso de que necesita ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Otros...</b>							
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

