

**CÓMO PLANEAR  
EL FUTURO DE  
SU HIJO**

**UN VISTAZO A LA VIDA  
DE SU HIJO**







*Ayudándole  
a prepararse  
para su  
reunión de  
planeación.*

Pronto, su coordinador de servicios del Centro Regional se reunirá con usted y con las personas que son importantes en la vida de su hijo. Esta reunión es una oportunidad para que usted, su familia y su círculo de apoyo se reúnan y piensen acerca de dónde está su hijo actualmente, dónde quieren que esté en el futuro y qué apoyo podrían necesitar para ayudar a que su hijo llegue ahí. Si llena este formulario, o incluso si piensa en algunas de las preguntas que este le formula, estará mejor preparado para su reunión de planeación.

- Esto es sobre su hijo: (escriba su nombre en el espacio proporcionado)

\_\_\_\_\_

- ¿Cómo se conforma su círculo de apoyo?:  
(por ejemplo, ¿quiénes son sus amigos? ¿A quién acude en busca de ayuda cuando la necesita?  
¿A quién quiere invitar a la reunión de planeación de su hijo? Escriba sus nombres en el espacio proporcionado abajo.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ESTO ES SOBRE SU HIJO

1. ¿Cuáles son algunas de las cosas buenas de su hijo? (Por ejemplo: ¿Qué le agrada a la gente de él? ¿Cuáles son sus capacidades y destrezas?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Qué le gusta hacer a su hijo con la familia y amigos, en la casa o en la comunidad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Qué tipos de cosas les gusta hacer en familia? ¿De qué forma participa su hijo en estas actividades? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Cuáles son las barreras, si las hubiera, para que su hijo participe con familiares y amigos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Quién lo ayuda a cuidar a su hijo cuando usted no puede hacerlo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Qué hace su hijo después de la escuela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Qué pone a su hijo feliz? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Qué hace que su hijo se altere (o se enoje, se ponga triste o se frustre)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. ¿Su hijo tiene amigos en el vecindario? ¿En la escuela? ¿Con quién prefiere hacer cosas su hijo? (Puede mencionar a más de una persona si lo desea.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE LA EDUCACIÓN DE SU HIJO

10. ¿Cuál es la mejor parte del programa educativo de su hijo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Qué parte del programa educativo de su hijo le gustaría modificar (mejorar o enfocarse)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿Qué le gustaría que su hijo aprendiera? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. ¿Le gustaría que su coordinador de servicios del HRC observara a su hijo en la escuela?  SÍ  NO
- ¿Le gustaría que su coordinador de servicios del HRC lo acompañara al próximo IEP de su hijo?  SÍ  NO
14. ¿Qué otras cosas puede hacer el Centro Regional Harbor para apoyarlo con el programa educativo de su hijo? (Por ejemplo: ¿Necesita información sobre los derechos de educación especial? ¿Le gustaría recibir información sobre la inclusión total? Si la colocación en el salón de clases es un problema, ¿necesita apoyo para identificar la mejor colocación en el salón de clases para su hijo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE LA SALUD DE SU HIJO

15. ¿Cómo está la salud de su hijo? ¿Tiene él problemas de salud que sean de preocupación para usted o su familia? ¿Hay problemas de salud mental? \_\_\_\_\_
16. ¿Su hijo tiene médico y, en caso afirmativo, cuándo fue la última vez que su hijo consultó con él? ¿Cuál fue el motivo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. ¿Su hijo consume medicamentos? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son y en qué dosis? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. ¿Su hijo tiene dentista y, en caso afirmativo, cuándo fue la última vez que su hijo consultó con él? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
19. ¿Su hijo tiene proveedor de salud mental y, si la respuesta es sí, cuándo fue la última vez que su hijo consultó con él? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
20. ¿Necesita ayuda para encontrar un médico o dentista?  SÍ  NO
21. ¿Cuenta con seguro médico para su hijo?  SÍ  NO
22. ¿Su hijo necesita algún tipo de tecnología de asistencia?  SÍ  NO
23. ¿Cuáles son la estatura y el peso de su hijo? ¿Su hijo lleva una dieta especial? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
24. ¿Le interesaría que organizáramos una revisión de salud en general o de salud mental para su hijo?  SÍ  NO  Tal vez (Me gustaría saber más acerca de esto.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE EL FUTURO DE SU HIJO

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

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

\_\_\_\_\_

27. ¿Qué tipos de apoyo necesitará de su círculo de apoyo y de otros en la comunidad para ayudar a su hijo a lograr sus metas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28. ¿De qué forma puede el Centro Regional Harbor ayudar a su hijo a alcanzar sus metas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## CUESTIONES SOBRE INFORMACIÓN Y APOYO PARA SU FAMILIA

29. En ocasiones, ponemos en contacto a los padres con otros padres que tienen hijos con necesidades especiales. ¿Le gustaría hablar con otro padre que tiene un hijo con necesidades especiales similares a las del suyo?  SÍ  NO

30. A algunos padres les resulta útil asistir a un grupo de apoyo para padres. ¿Le gustaría saber más acerca de nuestros grupos de apoyo para padres?  SÍ  NO

31. El Centro Regional Harbor tiene talleres y grupos de apoyo para los hermanos de niños con necesidades especiales. ¿Le gustaría saber más acerca de nuestros grupos para hermanos?  SÍ  NO

32. El Centro Regional Harbor tiene muchas oportunidades de capacitación para los padres. ¿Le gustaría saber más acerca de nuestras clases de capacitación?  SÍ  NO



33. ¿Necesita más información sobre programas de beneficios públicos, como el programa *California Children's Services (CCS)*, el ingreso suplementario del seguro (*Supplemental Security Income, SSI*), los servicios de apoyo en el hogar (*In-Home Support Services, IHSS*) o Medi-Cal?  SÍ  NO

Si la respuesta es sí, ¿cuál?  CCS  SSI  IHSS  Medi-Cal

34. ¿Cuál es la mejor manera en que su coordinador de servicios puede comunicarse con usted? \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia le gustaría que se pusieran en contacto con usted en el transcurso del año del IPP? \_\_\_\_\_

### **OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES PARA SU FAMILIA**

35. Puede utilizar este espacio para escribir sobre cualquier otro asunto de importancia que considere que deban conocer las personas que apoyan en la planeación del futuro de su hijo.

---

---

---

---

---

