**TALLER CALIDAD DE VIDA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE PARTICIPANTE:**  | **EDAD:** |  **FECHA:** |
| **DIMENSIONES** | **SI** | **NO** | **BIEN**  | **MAL**  | **FELIZ**  | **TRISTE**  | **OBSERVACIONES** |
| Bienestar físico | ¿Tomas medicamentos? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Te llevan al médico? |  |  |
| ¿Comes varias veces al día? |  |  |
| ¿Te bañas solo / a?  |  |  |
| ¿Te vistes solo / a? |  |  |
| ¿Juegas con otras personas? |  |  |
| Bienestar emocional | ¿Te gusta estar aquí? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Te gusta estar en casa? |  |  |
| ¿Tú te quieres? |  |  |
| ¿Estas feliz con lo que vives en este momento? |  |  |
| Relaciones interpersonales | ¿Usas redes sociales? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Tienes teléfono o computador? |  |  |
| ¿Tienes amigos? |  |  |
| ¿Estás a gusto en tu familia? |  |  |
| ¿Te sientes importante en tu familia? |  |  |
| ¿Recibes dinero de alguien? |  |  |
| Inclusión social | ¿Sientes que te tienen en cuenta? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Participas en otras actividades fuera de la fundación? |
| ¿Colaboras en tu comunidad? |  |  |
| Desarrollo personal | ¿Te gusta estudiar y aprender? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Te gusta trabajar? |  |  |
| ¿Hay alguna actividad que te guste mucho hacer? |  |  |
| Bienestar material | ¿Tus padres trabajan? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Has trabajado alguna vez? |  |  |
| ¿Te han pagado?  |  |  |
| ¿Tienen agua y energía en tu casa? |  |  |
| ¿Duermes acompañado? |  |  |
| ¿Tienes alimentos en casa? |  |  |
| Autodeterminación | ¿Vas solo/a a hacer mandados? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Decides tú mismo/a que ropa o zapatos te vas a poner? |  |  |
| ¿Comes solo/a? |  |  |
| ¿Vienes solo/a a la fundación? |  |  |
| ¿Vienes acompañado/a a la fundación? |  |  |
| Derechos | ¿Te dejan tomar decisiones? |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Te llevan a pasear? |  |  |
| ¿Te llevan a terapias? |  |  |
| ¿Vas al colegio? |  |  |
| ¿Has votado? |  |  |