|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Herramientas de transición de la atención pediátrica a la atención para adultos** | | | **Evaluación de preparación para la transición**  *para padres y cuidadores* | | | | | |  | | | | |
| **FORMULARIO “A” - PARA CUIDADORES DE JÓVENES QUE AUTOGESTIONARÁN SU ATENCIÓN DE LA SALUD** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por favor, rellene este formulario completamente para ayudarnos a establecer lo que el joven bajo su cuidado ya sabe sobre su salud y acerca de cómo utilizar la atención de la salud **hoy**. Si cree que un tema no se aplica al joven, marque "Esto no se aplica a su atención de la salud". Si tiene alguna pregunta, diríjase al Coordinador de Atención Clínica del joven.  **Su joven también debe rellenar la versión para jóvenes y adultos jóvenes de la evaluación de preparación para la transición.**  **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del joven: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Es usted el cuidador principal/a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1. Mi joven es mayor de 18 años y maneja independientemente todas sus necesidades de atención de la salud. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2. Mi joven es mayor de 18 años y no desea que nadie complete la evaluación de preparación para la transición para padres/cuidadores sobre sus habilidades. | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **Ayuda necesaria para rellenar su formulario** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | | 3. Mi joven puede rellenar su formulario sin ayuda. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | | 4. Mi joven puede rellenar su formulario con alguna ayuda. (Nombre del ayudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tipo de ayuda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | | 5. Mi joven no puede rellenar su formulario debido a una discapacidad intelectual o del desarrollo. Padre o cuidador: Deje de completar esta evaluación del joven ahora y, en su lugar, rellene el **formulario “B”** **de** **evaluación de preparación para la transición para padres/cuidadores.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **Opciones legales para tomar decisiones de atención de la salud a partir de los 18 años de edad** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | | 6. Mi joven puede elegir opciones de atención de la salud por sí mismo. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | | 7. Mi joven necesita alguna ayuda para elegir opciones de atención de la salud.  (Nombre del ayudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | | 8. Mi joven tiene un tutor legal. (Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | --- | | 9. Necesitamos una remisión a servicios comunitarios para obtener ayuda legal con respecto a decisiones de atención de la salud y tutela legal. | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **Importancia y confianza en la transición y el autocuidado** | | | | |  | | --- | | ***En una escala del 0 al 10, encierre en un círculo el número que mejor describe cómo se siente ahora mismo. 0 es “nada importante o seguro” y 10 es “muy importante o seguro”.*** | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | 10. ¿Qué tan importante es para su joven encargarse de su propia atención de la salud? | | | | 0 (nada) | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 (muy) |
| |  | | --- | | 11. ¿Qué tan importante es para su joven cambiar a un proveedor de atención primaria para adultos antes de los 22 años? | | | | 0 (nada) | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 (muy) |
| |  | | --- | | 12. ¿Qué tan seguro se siente usted acerca de la capacidad de su joven para administrar su propia atención de la salud? | | | | 0 (nada) | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 (muy) |
| |  | | --- | | 13. ¿Qué tan seguro se siente usted acerca de la capacidad de su joven para cambiar a un proveedor de atención primaria para adultos antes de los 22 años? | | | | 0 (nada) | 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | 9 | 10 (muy) |

**La salud de su joven.** ***Por favor, marque la casilla que corresponda a su situación en este momento.*** ***Encierre en un círculo cualquier tema sobre el que desee obtener más información.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Manejo de problemas de salud** | | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención médica. |
| |  | | --- | | 14. Mi joven sabe cómo manejar todas sus necesidades médicas. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | 15. Mi joven puede decirle a otras personas cuáles son todas sus necesidades médicas. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | 16. Mi joven sabe cuándo llamar al médico para resolver problemas de salud nuevos o que empeoren. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | 17. Mi joven sabe qué hacer si tiene una emergencia médica. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | **Manejo de medicamentos** | | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención médica. |
| |  | | --- | | 18. Mi joven puede enumerar todos los medicamentos que toma y sus dosis. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | 19. Mi joven puede decirle a otras personas la razón por la que toma cada uno de sus medicamentos. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | 20. Mi joven toma todos sus medicamentos correctamente sin que nadie se lo recuerde. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | 21. Mi joven conoce todos los medicamentos a los que es alérgico y aquellos que no debe tomar por ninguna razón. | |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | | 22. Mi joven adquiere todas sus recetas médicas por su cuenta cuando lo necesita. | |  |  |  |  |  |  |

**La atención de la salud de su joven. *Por favor, marque la casilla que corresponda.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manejo de citas** | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención médica. |
| 23. Mi joven programa por su cuenta todas sus citas médicas. |  |  |  |  |  |  |
| 24. Mi joven lleva un control de todas sus citas médicas, incluidos los seguimientos y las remisiones a exámenes de diagnóstico. |  |  |  |  |  |  |
| 25. Mi joven sabe con qué frecuencia debe visitar a cada uno de sus proveedores. |  |  |  |  |  |  |
| 26. Mi joven sabe cómo organizar el transporte a todas sus citas médicas. |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de equipos y suministros** | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención médica. |
| 27. Mi joven puede hacer pedidos de todos sus suministros médicos. |  |  |  |  |  |  |
| 28. Mi joven conoce todos los equipos médicos que necesita, tales como un nebulizador o una bomba de alimentación. |  |  |  |  |  |  |
| 29. Mi joven conoce todos los dispositivos de asistencia que necesita, tales como ayudas de movilidad o de comunicación. |  |  |  |  |  |  |
| 30. Mi joven tiene planes de respaldo si sus equipos médicos se averían. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Herramientas de transición de la atención pediátrica a la atención para adultos** | **Evaluación de la preparación para la transición**  *Para padres y cuidadores* |  |

**FORMULARIO “A” – PARA CUIDADORES DE JÓVENES QUE AUTOGESTIONARÁN SU ATENCIÓN DE LA SALUD**

**La atención de la salud de su joven. *Por favor, marque la casilla que corresponda.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manejo de relaciones con proveedores** | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención médica. |
| 31. Mi joven conoce a todos sus médicos y demás proveedores. |  |  |  |  |  |  |
| 32. Mi joven sabe cómo comunicarse con cada uno de sus médicos entre visitas. |  |  |  |  |  |  |
| 33. Mi joven sabe cómo elegir proveedores dispuestos a adaptarse a sus necesidades y preferencias, tales como género, idioma o creencias culturales. |  |  |  |  |  |  |
| 34. Mi joven se siente cómodo al visitar a su médico por su cuenta. |  |  |  |  |  |  |
| 35. Antes de una visita, mi joven siempre hace una lista de todas las cosas que desea consultar sobre su salud. |  |  |  |  |  |  |
| 36. Mi joven se siente cómodo al hacer cualquier pregunta sobre su atención médica a su médico. |  |  |  |  |  |  |
| 37. Mi joven siempre hace un plan con su médico para cuidar de todas sus necesidades de salud. |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de documentación y trámites**  **importantes** | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutral | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención médica. |
| 38. Mi joven lleva consigo en todo momento toda su información importante de salud, incluida su tarjeta de seguro, una lista de alergias y medicamentos, un resumen médico y los números de contacto de emergencia. |  |  |  |  |  |  |
| 39. Mi joven puede rellenar por completo un formulario sobre sus antecedentes médicos por sí mismo. |  |  |  |  |  |  |
| 40. Mi joven entiende cómo le afectan los cambios legales en la privacidad y el consentimiento de la atención de la salud que ocurren al cumplir los 18 años. |  |  |  |  |  |  |
| 41. Mi joven y su familia han conversado sobre la capacidad de éste de tomar sus propias decisiones de atención de la salud a los 18 años. |  |  |  |  |  |  |
| 42. Mi joven tiene un plan para poder mantener su seguro de salud y los beneficios por discapacidad después de cumplir los 18 años. |  |  |  |  |  |  |

**Un último detalle: Por favor, elija los 3 asuntos principales que desee tratar primero y enumérelos en orden de importancia.**

**¡GRACIAS!** Nombre del Coordinador de Atención Clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Basado en las herramientas de transición de © Got Transition ™/Center for Health Care Transition Improvement, 01/2014 y The American College of Physicians Pediatric to Adult Care Transitions Toolkit, 5/2016.