|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Herramientas de transición de la atención pediátrica a la atención para adultos** | **Evaluación de preparación para la transición**Para padres y de cuidadores |  |
|  |
| **FORMULARIO B** **–**  **PARA CUIDADORES DE JÓVENES QUE NO AUTOADMINISTRAR SUS ATENCION DE LA SALUD** Por favor, llene este formulario completamente, incluso si su joven no puede completar la evaluación de preparación para la transición de jóvenes y adultos jóvenes debido a discapacidades intelectuales o del desarrollo. Deseamos saber lo que **NECESITA HOY** para ayudar a su joven a realizar la atención de atención de la salud pediátrica a la de adultos. Si cree que un artículo no se aplica a su joven, marque "Esto no se aplica a su atención de salud". Si tiene alguna pregunta, pregunte al Coordinador de atención clínica de su joven.**Su joven también debe completar la versión para jóvenes y adultos jóvenes de esta 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** |
|  |

|  |
| --- |
| 5. Mi joven no puede completar la versión juvenil de este formulario debido a discapacidad intelectual o de desarrollo. Necesitará asistencia para administrar su salud y atención de la salud.  |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Opciones legales para tomar decisiones de atención de la salud después de los 18 años de edad**  |

 |

 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 7. Mi joven necesita algo de ayuda para hacer elecciones 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 autocuidados**  |

 |

|  |
| --- |
| ***En una escala del 0 al 10, encierre en un círculo el número que mejor describa cómo se siente ahora mismo. 0 no es para nada importante o seguro y 10 es muy importante o seguro.***  |

 |
|

|  |
| --- |
| 10. ¿Qué tan importante es para su joven encargarse de sus propios cuidados de la salud? |

 | 0 (no) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (mucho) |
|

|  |
| --- |
| 11. ¿Qué tan importante es para su joven cambiar a un Proveedor de atención primaria antes de los 22 años?  |

 | 0 (no) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (mucho) |
|

|  |
| --- |
| 12. ¿Qué tan seguro se siente acerca de la capacidad de su joven para administrar su propia atención de la salud?  |

 | 0 (no) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (mucho) |
|

|  |
| --- |
| 13. ¿Qué tan seguro se siente acerca de la capacidad de su joven para cambiar a un proveedor de atención primaria para adultos antes de los 22 años?  |

 | 0 (no) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 (mucho) |

**La salud de su joven *Marque la casilla que corresponda ahora mismo.*** ***Encierre en un círculo cualquier elemento sobre el que desee obtener más información.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Manejo de problemas de salud**  |

 | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 14. Sé cómo administrar todas las necesidades médicas de mi joven.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 15. Puedo decirle a otras personas cuáles son todas las necesidades médicas de mi joven.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 16. Sé cuándo llamar al médico si mi joven tiene problemas de salud nuevos o que empeoren.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 17. Sé qué hacer si mi joven tiene una emergencia médica.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |

**La salud de su joven *Marque la casilla que corresponda ahora mismo.*** ***Encierre en un círculo cualquier elemento sobre el que desee obtener más información.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Administración de medicamentos**  |

 | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 18. Puedo enumerar todos los medicamentos que toma mi joven y sus dosis.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 19. Puedo decirle a otras personas la razón por la que mi joven toma cada medicamento.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 20. Me aseguro de que a mi joven se le administren todos sus medicamentos correctamente.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 21. Conozco todos los medicamentos a los que mi joven es alérgico y aquellos que no debe tomar por ningún otro motivo.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  22. Puedo obtener todas las recetas de mi joven cuando necesite adquirirlas.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestión de citas** | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 23. Programo todas las citas médicas de mi joven. |  |  |  |  |  |  |
| 24 Llevo un registro de todas las citas del médico de mi joven, incluidos los seguimientos y las remisiones para exámenes de diagnóstico.  |  |  |  |  |  |  |
| 25. Sé con qué frecuencia mi joven debería consultarse con cada uno de sus proveedores. |  |  |  |  |  |  |
| 26. Sé cómo organizar el transporte a todas las citas médicas de mi joven.  |  |  |  |  |  |  |
| **Gestión de equipos y suministros**  | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 27. Puedo hacer pedidos de todos los suministros médicos de mi joven.  |  |  |  |  |  |  |
| 28. Conozco todo los equipos médicos que mi joven necesita, como nebulizadores o bomba de alimentación.  |  |  |  |  |  |  |
| 29. Conozco todos los dispositivos de asistencia que mi joven necesita, como ayudas de la movilidad y comunicación.  |  |  |  |  |  |  |
| 30. Tengo planes de respaldo si los equipos médicos de mi joven presentan averías.  |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de relaciones con proveedores** | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 31. Conozco a todos los médicos de mi joven y a otros proveedores. |  |  |  |  |  |  |
| 32. Sé cómo comunicarme con cada uno de los médicos de mi joven entre citas.  |  |  |  |  |  |  |
| 33. Sé cómo elegir proveedores dispuestos a adaptarse a las necesidades y preferencias de mi joven y familia, como género, idioma o creencias culturales.  |  |  |  |  |  |  |

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

**FORMULARIO B** **–**  **PARA CUIDADORES DE JÓVENES QUE NO AUTOADMINISTRAR SUS ATENCION DE LA SALUD**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manejo de relaciones con proveedores** | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutro |  En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 35. Antes de una visita, siempre hago una lista de todas las cosas que deseo discutir sobre la salud de mi joven.  |  |  |  |  |  |  |
| 36. Me siento cómodo al hacer al proveedor cualquier pregunta sobre la atención de la salud de mi joven.  |  |  |  |  |  |  |
| 37. Siempre hago un plan con el médico de mi joven para encargarme de todas las necesidades de atención de la salud de mi joven.  |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de documentación y trámites importantes** | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Neutro |  En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 38. Me aseguro de que mi joven lleve consigo toda la información de salud importante en todo momento, incluyendo su tarjeta de seguro, lista de alergias y medicamentos, resumen médico y números de contacto para emergencias.  |  |  |  |  |  |  |
| 39. Puedo completar totalmente los formularios de historial médico de mi joven.  |  |  |  |  |  |  |
| 40. Comprendo cómo afectarán a mi joven los cambios legales que se producirán en su privacidad y otorgamiento de consentimiento en su atención de la salud cuando cumpla los 18 años.  |  |  |  |  |  |  |
| 41. Mi joven y mi familia han discutido la capacidad de mi joven para tomar todas sus propias decisiones de atención de la salud a los 18 años.  |  |  |  |  |  |  |
| 42. Tengo un plan para que mi joven pueda conservar sus beneficios de seguro de salud y discapacidad después de cumplir los 18 años.  |  |  |  |  |  |  |

**Un último detalle: por favor, elija primero los 3 principales problemas en los que desea trabajar, y enumérelos en orden de importancia.**

**¡GRACIAS!** Nombre del coordinador de atención clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Basado en la 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.