|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **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.