|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Herramientas de transición de la atención pediátrica a la atención para adultos** | **Evaluación de preparación para la transición***Para jóvenes y adultos jóvenes* |  |
| Por favor, rellene este formulario completamente para ayudarnos a establecer lo que ya sabe sobre su salud y cómo usar la atención de salud **hoy**. Si cree que un tema no se aplica a usted, marque "Esto no se aplica a mi atención de salud". Si necesita ayuda para rellenar este formulario, pregunte a su padre, su cuidador o al Coordinador de Atención Clínica.**Si puede rellenar este formulario, incluso si necesita alguna ayuda, su padre o su cuidador también debe rellenar el formulario “A” de evaluación de preparación para la transición para padres/cuidadores.** **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  | 1. Soy mayor de 18 años y manejo independientemente todas mis necesidades de atención de la salud.  |
|  | 2. Soy mayor de 18 años y no deseo que nadie más complete una evaluación de preparación para la transición para padres/cuidadores sobre mis habilidades. |
|

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

|  |
| --- |
| **Ayuda necesaria para rellenar este formulario**  |

 |

 |
|  |  |
|  |

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

|  |
| --- |
| 3. Puedo rellenar este formulario sin ayuda.  |

 |

 |
|  |

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

|  |
| --- |
| 4. Puedo rellenar este formulario con alguna ayuda. (Nombre del ayudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo de ayuda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  |

 |

 |
|  |

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

|  |
| --- |
|  5. El joven no puede rellenar este 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. Puedo elegir opciones de atención de la salud por mi cuenta.  |

 |

 |
|  |

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

|  |
| --- |
| 7. Necesito alguna ayuda para elegir opciones de atención de la salud.(Nombre del ayudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

 |

 |
|  |

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

|  |
| --- |
| 8. Tengo un tutor legal. (Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  |

 |

 |
|  |

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

|  |
| --- |
| 9. Necesito 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 usted encargarse de su propia atención de la salud?  |

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

|  |
| --- |
| 11. ¿Qué tan importante es para usted 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) |
|

|  |
| --- |
|  12. ¿Qué tan seguro se siente acerca de su capacidad 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 su capacidad 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) |

**Mi salud.** ***Por favor, marque la casilla que corresponda a su situación en este momento.***

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

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

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

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

|  |
| --- |
| 14. Sé cómo manejar todas mis necesidades médicas.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
| 15. Puedo decirle a otras personas cuáles son todas mis necesidades médicas.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
| 16. Sé cuándo llamar al médico para resolver problemas de salud nuevos o que empeoren.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
| 17. Sé qué hacer si tengo una emergencia médica.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| **Manejo de medicamentos** |

 | Muy 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 medicamentosque tomo y sus dosis.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
| 19. Puedo decirle a otras personas la razónpor la que tomo cada uno de mis medicamentos.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
| 20. Tomo todos mis medicamentos correctamente sin que nadie me lo recuerde.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
| 21. Conozco todos los medicamentos a losque soy alérgico y los que no debo tomar por ninguna otra razón.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
|

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

|  |
| --- |
| 22. Adquiero todas mis recetas por mi cuentacuando lo necesito.  |

 |

 |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de citas** | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 23. Programo por mi cuenta todas mis citas médicas.  |  |  |  |  |  |  |
| 24. Llevo un control de todas mis citas médicas, incluidos los seguimientos y las remisiones a exámenes de diagnóstico.  |  |  |  |  |  |  |
| 25. Sé con qué frecuencia debo visitar a cada uno de mis proveedores.  |  |  |  |  |  |  |
| 26. Sé cómo organizar el transporte a todas mis citas médicas.  |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de equipos y suministros**  | Muy 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 mis suministros médicos.  |  |  |  |  |  |  |
| 28. Conozco todo los equipos médicos que necesito, tales como nebulizadores o bombas de alimentación.  |  |  |  |  |  |  |
| 29. Conozco todos los dispositivos de asistencia que necesito, tales como ayudas de movilidad o comunicación.  |  |  |  |  |  |  |
| 30. Tengo planes de respaldo si mis equipos médicos se averían.  |  |  |  |  |  |  |

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

**Mi atención de la salud** ***Por favor, marque la casilla que corresponda a su situación en este momento.***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manejo de relaciones con proveedores** | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 31. Conozco a todos mis médicos y demás proveedores.  |  |  |  |  |  |  |
| 32. Sé cómo contactar a cada uno de mis médicos entre visitas.  |  |  |  |  |  |  |
| 33. Sé cómo elegir proveedores dispuestos a adaptarse a mis necesidades y preferencias, tales como género, idioma o creencias culturales.  |  |  |  |  |  |  |
| 34. Me siento cómodo al visitar a mi médico por mi cuenta.  |  |  |  |  |  |  |
| 35. Antes de una visita, siempre hago una lista de todas las cosas que deseo consultar sobre mi salud.  |  |  |  |  |  |  |
| 36. Me siento cómodo al hacer cualquier pregunta sobre mi atención médica a mi proveedor.  |  |  |  |  |  |  |
| 37. Siempre hago un plan con mi médico para cuidar de todas mis necesidades de salud.  |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de documentación y trámites importantes** | Muy de acuerdo | De acuerdo | Neutro | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Esto no se aplica a su atención de la salud. |
| 38. Llevo conmigo en todo momento toda mi información importante de salud, incluida mi tarjeta de seguro médico, una lista de alergias y medicamentos, un resumen médico y los números de contacto de emergencia.  |  |  |  |  |  |  |
| 39. Puedo rellenar por completo un formulario sobre mis antecedentes médicos por mí mismo.  |  |  |  |  |  |  |
| 40. Entiendo cómo me 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 familia y yo hemos conversado sobre mi capacidad de tomar mis propias decisiones de atención de la salud a los 18 años.  |  |  |  |  |  |  |
| 42. Tengo un plan para poder mantener mi 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 desea tratar primero 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.