|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **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 medicamentos  que tomo y sus dosis. | | |  |  |  |  |  |  |
| |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | 19. Puedo decirle a otras personas la razón  por 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 los  que soy alérgico y los que no debo  tomar por ninguna otra razón. | | |  |  |  |  |  |  |
| |  |  | | --- | --- | | |  | | --- | | 22. Adquiero todas mis recetas por mi cuenta  cuando 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.