

Modelo de evaluación de la preparación para la transición para jóvenes

Complete este formulario para ayudarnos a conocer lo que ya sabe sobre su salud y sobre cómo usar la atención médica y las áreas sobre las que desea obtener más información. Si necesita ayuda con este formulario, consulte a su padre/cuidador o a su médico.

Nombre preferido _____

Nombre legal _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de hoy _____

IMPORTANCIA DE LA TRANSICIÓN Y CONFIANZA EN EL PROCESO

Encierre en un círculo el número que mejor describa cómo se siente ahora.

La transferencia a la atención médica para adultos generalmente se lleva a cabo entre los 18 y los 22 años de edad.

¿Qué tan importante es para usted cambiarse a un médico para adultos antes de los 22 años?

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10
 Nada importante _____ Muy importante

¿Qué tan seguro se siente acerca de su capacidad para cambiarse a un médico para adultos antes de los 22 años?

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10
 Nada seguro _____ Muy seguro

MI SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA

Marque la respuesta que mejor corresponda a la situación en este momento.

	NO	QUIERO APRENDER	SÍ
Puedo explicar mis necesidades de salud a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo hacer preguntas cuando no entiendo lo que dice mi médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis alergias a medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mi historial médico familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablo con el médico en lugar de que mis padres/cuidadores hablen por mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veo al médico a solas durante una consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cuándo y cómo obtener atención médica de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llevo conmigo información médica importante todos los días (por ejemplo, tarjeta del seguro, información de contacto de emergencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé que cuando cumpla 18 años, tendré total confidencialidad en mi atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco a al menos una persona que me ayudará con mis necesidades de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo encontrar el número de teléfono de mi médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo programar y cancelar mis propias consultas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una manera de llegar al consultorio de mi médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo obtener un resumen de mi información médica (por ejemplo, mediante un portal en línea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo completar formularios médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo obtener una derivación si la necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé qué seguro de salud tengo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé lo que necesito hacer para mantener mi seguro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablo con mis padres/cuidadores sobre el proceso de transición de la atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MIS MEDICAMENTOS *Si no toma ningún medicamento, omita esta sección.*

Conozco mis propios medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cuándo debo tomar mis medicamentos sin que alguien me lo diga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo volver a conseguir mis medicamentos si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿EN CUÁL DE LAS HABILIDADES MENCIONADAS ANTERIORMENTE QUIERE TRABAJAR MÁS?