

Modelo de evaluación de la preparación para la transición para padres/cuidadores

Complete este formulario para ayudarnos a conocer lo que su hijo/a ya sabe sobre su salud y las áreas sobre las que cree que su hijo/a desea obtener más información. Después de completar el formulario, puede pedirle a su hijo/a que comparta con usted las respuestas de su formulario y pueden compararlas. Las respuestas pueden ser diferentes. El médico de su hijo/a lo ayudará a trabajar en los pasos necesarios para aumentar las habilidades de su hijo/a en relación con la atención médica.

Nombre del joven

Nombre del padre/cuidador

Fecha de nacimiento del joven

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.

¿Qué tan importante es para su hijo/a gestionar su propia atención médica?

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

¿Qué tan seguro se siente acerca de la capacidad de su hijo/a para gestionar su propia atención médica?

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

SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO/A

Marque la respuesta que *mejor* describa la situación en este momento.

	NO	QUIERE APRENDER	SÍ
Mi hijo/a puede explicar sus necesidades de salud a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe hacer preguntas cuando no entiende lo que dice su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce sus alergias a medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce nuestro historial médico familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a habla con el médico en lugar de que yo hable por él/ella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a ve al médico a solas durante una consulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cuándo y cómo obtener atención médica de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a lleva consigo 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"/>
Mi hijo/a sabe que cuando cumpla 18 años, tendrá total confidencialidad en su atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce a al menos una persona que lo/a ayudará con sus necesidades de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo encontrar el número de teléfono de su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo programar y cancelar sus propias consultas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene una manera de llegar al consultorio del médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo obtener un resumen de su información médica (por ejemplo, mediante un portal en línea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo completar formularios médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo obtener una derivación si la necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe qué seguro de salud tiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe lo que debe hacer para mantener su seguro de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a y yo hablamos sobre el proceso de transición de la atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS DE MI HIJO/A *Si su hijo/a no toma ningún medicamento, omita esta sección.*

Mi hijo/a conoce sus propios medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cuándo debe tomar sus medicamentos sin que alguien se lo diga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo volver a conseguir sus medicamentos si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿EN CUÁL DE LAS HABILIDADES MENCIONADAS ANTERIORMENTE QUIERE TRABAJAR MÁS SU HIJO/A?



Cómo calificar la evaluación de la preparación para la transición para padres/cuidadores *(Solo para uso de la oficina)*

El propósito de la evaluación de la preparación para la transición es iniciar una conversación con los jóvenes y los padres/cuidadores sobre las habilidades relacionadas con la salud. La calificación es opcional y se puede utilizar para seguir el progreso individual en la obtención de estas habilidades, no para predecir resultados exitosos de transición.

Esta hoja de calificación se puede completar para calificar una evaluación de la preparación para la transición para padres/cuidadores completada o se la puede utilizar como una guía de calificación para consultar cuando se marque la calificación en la evaluación completada.

Cada respuesta se puede convertir en una calificación de 0 (No), 1 (Quiere aprender) o 2 (Sí). Debido a que no todos los jóvenes toman medicamentos, los números obtenidos en las secciones “Salud y atención médica de mi hijo/a” y “Medicamentos de mi hijo/a” deben calcularse por separado.

SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO/A <i>Marque la respuesta que mejor describa la situación en este momento.</i>	NO	QUIERE APRENDER	SI
Mi hijo/a puede explicar sus necesidades de salud a los demás.	0	1	2
Mi hijo/a sabe hacer preguntas cuando no entiende lo que dice su médico.	0	1	2
Mi hijo/a conoce sus alergias a medicamentos.	0	1	2
Mi hijo/a conoce nuestro historial médico familiar.	0	1	2
Mi hijo/a habla con el médico en lugar de que yo hable por él/ella.	0	1	2
Mi hijo/a ve al médico a solas durante una consulta.	0	1	2
Mi hijo/a sabe cuándo y cómo obtener atención médica de emergencia.	0	1	2
Mi hijo/a sabe dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	0	1	2
Mi hijo/a lleva consigo información médica importante todos los días (por ejemplo, tarjeta del seguro, información de contacto de emergencia).	0	1	2
Mi hijo/a sabe que cuando cumpla 18 años, tendrá total confidencialidad en su atención médica.	0	1	2
Mi hijo/a conoce a al menos una persona que lo/a ayudará con sus necesidades de salud.	0	1	2
Mi hijo/a sabe cómo encontrar el número de teléfono de su médico.	0	1	2
Mi hijo/a sabe cómo programar y cancelar sus propias consultas médicas.	0	1	2
Mi hijo/a tiene una manera de llegar al consultorio del médico.	0	1	2
Mi hijo/a sabe cómo obtener un resumen de su información médica (por ejemplo, mediante un portal en línea).	0	1	2
Mi hijo/a sabe cómo completar formularios médicos.	0	1	2
Mi hijo/a sabe cómo obtener una derivación si la necesita.	0	1	2
Mi hijo/a sabe qué seguro de salud tiene.	0	1	2
Mi hijo/a sabe lo que debe hacer para mantener su seguro de salud.	0	1	2
Mi hijo/a y yo hablamos sobre el proceso de transición de la atención médica.	0	1	2
MEDICAMENTOS DE MI HIJO/A <i>Si su hijo/a no toma ningún medicamento, omita esta sección.</i>			
Mi hijo/a conoce sus propios medicamentos.	0	1	2
Mi hijo/a sabe cuándo debe tomar sus medicamentos sin que alguien se lo diga.	0	1	2
Mi hijo/a sabe cómo volver a conseguir sus medicamentos si es necesario.	0	1	2

Calificación total para Salud y atención médica de mi hijo/a: _____ / 40

Calificación total para Medicamentos de mi hijo/a: _____ / 6

