

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.

¿Qué tan importante es para usted 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 su capacidad para gestionar su propia atención médica?

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 describa 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, omíta 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?



Transición hacia un enfoque de atención médica para adultos sin cambiar de médico
 Los Seis Elementos Esenciales para la Transición de la Atención Médica™ 3.0



Cómo calificar la evaluación de la preparación para la transición para jóvenes *(Solo para uso de la oficina)*

El propósito de la evaluación de la preparación para la transición es iniciar una conversación con los jóvenes 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 jóvenes completada o se la puede utilizar como una guía de calificación para consultar cuando se marque la calificación en la evaluación completa.

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

MI SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA <i>Marque la respuesta que mejor describa la situación en este momento.</i>	NO	QUIERO APRENDE	SÍ
Puedo explicar mis necesidades de salud a los demás.	0	1	2
Sé cómo hacer preguntas cuando no entiendo lo que dice mi médico.	0	1	2
Conozco mis alergias a medicamentos.	0	1	2
Conozco mi historial médico familiar.	0	1	2
Hablo con el médico en lugar de que mis padres/cuidadores hablen por mí.	0	1	2
Veo al médico a solas durante una consulta.	0	1	2
Sé cuándo y cómo obtener atención médica de emergencia.	0	1	2
Sé dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	0	1	2
Llevo conmigo información médica importante todos los días (por ejemplo, tarjeta del seguro, información de contacto de emergencia).	0	1	2
Sé que cuando cumpla 18 años, tendré total confidencialidad en mi atención médica.	0	1	2
Conozco a al menos una persona que me ayudará con mis necesidades de salud.	0	1	2
Sé cómo encontrar el número de teléfono de mi médico.	0	1	2
Sé cómo programar y cancelar mis propias consultas médicas.	0	1	2
Tengo una manera de llegar al consultorio de mi médico.	0	1	2
Sé cómo obtener un resumen de mi información médica (por ejemplo, mediante un portal en línea).	0	1	2
Sé cómo completar formularios médicos.	0	1	2
Sé cómo obtener una derivación si la necesito.	0	1	2
Sé qué seguro de salud tengo.	0	1	2
Sé lo que necesito hacer para mantener mi seguro de salud.	0	1	2
Hablo con mis padres/cuidadores sobre el proceso de transición de la atención médica.	0	1	2
MIS MEDICAMENTOS <i>Si no toma ningún medicamento, omita esta sección.</i>			
Conozco mis propios medicamentos.	0	1	2
Sé cuándo debo tomar mis medicamentos sin que alguien me lo diga.	0	1	2
Sé cómo volver a conseguir mis medicamentos si es necesario.	0	1	2

Calificación total para Mi salud y atención médica: _____ /40

Calificación total para Mis medicamentos: _____ /6