

Modelo de evaluación de habilidades de cuidado personal para jóvenes adultos

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 DEL CUIDADO PERSONAL Y LA CONFIANZA

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 empezar a gestionar su 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	SI
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"/>
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 tengo total privacidad en mi atención médica a partir de los 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé que tengo que firmar un formulario si quiero que otros estén presentes en mi consulta y para permitirles ver mis registros médicos.	<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"/>

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?



Cómo calificar la evaluación de las habilidades de cuidado personal para jóvenes adultos

(Solo para uso de la oficina)

El propósito de la evaluación de las habilidades de cuidado personal es iniciar una conversación con los jóvenes adultos 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.

Esta hoja de calificación se puede completar para calificar una evaluación de las habilidades de cuidado personal para jóvenes adultos 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 adultos 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	I WANT TO LEARN	YES
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
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 tengo total privacidad en mi atención médica a partir de los 18 años.	0	1	2
Sé que tengo que firmar un formulario si quiero que otros estén presentes en mi consulta y para permitirles ver mis registros médicos.	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
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: _____ /36

Calificación total para Mis medicamentos: _____ /6

