

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.

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 su hijo/a 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 la capacidad de su hijo/a 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

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?

