



## Ejemplo de la evaluación del nivel de preparación para la transición

### Para el joven/joven adulto

#### Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0

Por favor, sírvase llenar este formulario para ayudarnos a entender lo que usted sabe sobre su salud y sobre cómo utilizar la atención médica, así como los aspectos sobre los cuales debe aprender más. Le rogamos que se comunique con nosotros si necesita ayuda para llenar este formulario.

Fecha:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Importancia y confianza con respecto a la transición: *En una escala de 0 a 10, sírvase marcar con un círculo el número que describa mejor cómo se siente usted en este momento*

¿Qué tan importante es para usted encargarse del cuidado de su salud?

0 (no)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (muy)
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

¿Qué tan seguro se siente usted en cuanto a su capacidad de encargarse del cuidado de su salud?

0 (no)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (muy)
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

#### Mi salud

*Sírvase marcar el recuadro que se aplica a usted en este momento*

*Sí, lo sé*      *Debo aprender*      *Alguien tiene que hacerlo... ¿quién?*

Conozco mis necesidades médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo explicar mis necesidades médicas a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis síntomas, incluso aquellos que requieren que vea al médico de inmediato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé qué hacer en caso de una emergencia médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis medicamentos, sé para qué son y cuándo debo tomarlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis alergias a medicamentos y sé cuáles medicamentos no debo tomar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo explicar cómo mis costumbres y creencias afectan las decisiones sobre mi salud y mis tratamientos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Uso de servicios médicos

Conozco el número de teléfono de mi médico o lo puedo encontrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago mis propias citas médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de la cita médica, pienso en las preguntas que voy a hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una forma de llegar a la oficina de mi médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé que debo presentarme 15 minutos antes de la cita, para registrarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde ir para recibir atención médica cuando el consultorio médico está cerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una carpeta con mi información médica en mi casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo llenar los formularios médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo obtener recomendaciones para otros médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde está mi farmacia y cómo pedir la renovación de mis medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde puedo hacerme análisis de sangre o radiografías si el médico lo solicita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llevo conmigo la información importante relacionada con mi salud en todo momento (por ejemplo, tarjeta de seguro médico, información sobre alergias, medicamentos, información sobre contactos de emergencia, resumen médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo cómo la confidencialidad médica cambia a los 18 años cuando soy legalmente un adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un plan para mantener mi seguro médico después de los 18 años y en adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi familia y yo hemos hablado sobre mi capacidad de tomar mis propias decisiones sobre salud a los 18 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>