

Modelo de encuesta de opinión para padres/ cuidadores sobre la transición de la atención médica

Esta es una encuesta sobre cómo fue para usted y su hijo/a pasar de la atención médica pediátrica a la de adultos. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestro proceso de transición de la atención médica. Su nombre no será vinculado a sus respuestas.

EL MÉDICO ANTERIOR DE SU HIJO/A U OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA... <i>Marque la respuesta que mejor describa la situación en este momento.</i>	SÍ	NO
¿Le explicó el proceso de transición de una manera que su hijo/a pudiera entender?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Les brindó orientación a usted y a su hijo/a sobre la edad a la que tendría que cambiarse a un nuevo médico para adultos o a otro proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le dio a su hijo/a la oportunidad de hablar con él o ella a solas durante las consultas médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le explicó los cambios que ocurren en la atención médica a partir de los 18 años (por ejemplo, cambios en la confidencialidad, el consentimiento, el acceso a los registros de salud o la toma de decisiones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ayudó a su hijo/a a adquirir habilidades para administrar su propia salud y atención médica (por ejemplo, comprender sus necesidades de salud actuales, saber qué hacer en una emergencia médica, tomar medicamentos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ayudó a su hijo/a a hacer un plan para cumplir con sus objetivos de transición y salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Creó y compartió el resumen médico de su hijo/a con usted y su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le explicó a su hijo/a cómo comunicarse con la oficina en línea o por teléfono para obtener información médica, resultados de exámenes, registros médicos o información sobre consultas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le aconsejó a su hijo/a mantener su contacto de emergencia y su información médica con él/ella en todo momento (por ejemplo, en su teléfono o billetera)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ayudó a su hijo/a a encontrar un nuevo médico para adultos u otro proveedor de atención médica al que cambiarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Habló con su hijo/a sobre la necesidad de tener un seguro de salud cuando sea adulto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En general, ¿qué tan preparado/a se sintió su hijo/a para cambiarse a un médico para adultos o a otro proveedor de atención médica?

- Muy preparado/a Algo preparado/a Nada preparado/a

¿Tiene alguna idea para sugerir al médico o proveedor de atención médica anterior de su hijo/a sobre cómo facilitar el cambio a la atención médica para adultos?

