

Herramienta de transición de la atención médica pediátrica a la de adultos

Evaluación de la preparación para la transición de la atención médica para estudiantes

Esta evaluación de preparación para la transición de la atención médica está destinada a que los estudiantes y sus familiares/cuidadores compitan como parte de las reuniones de planificación de la transición de IEP. Si un estudiante no puede completar este formulario, el estudiante puede completarlo con la ayuda de su familia o cuidador.

Instrucciones: Marca el casillero junto a la respuesta que mejor se adapte a ti en este momento. Esto nos ayuda a ver lo que ya sabes sobre tu salud y el uso de la atención médica y las áreas sobre las que necesitas aprender más.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento del estudiante:

Completado por:

Fecha de completación:

Cuidado personal (relacionado con vestirse, comer, bañarse y moverse)

- Puedo atender todas mis necesidades
- Necesito un poco de ayuda para atender mis necesidades
- Necesito mucha ayuda para atender mis necesidades
- Necesito ayuda para atender todas mis necesidades

Uso de ayudas de comunicación

- Tecnología de texto a voz
- Sistemas de escucha asistida
- Tecnología ASL/interpretación
- Otra tecnología:
- No uso ayudas de comunicación

Importancia y confianza de la transición

En una escala de 0 a 10, marca con un círculo el número que mejor describe cómo te sientes en este momento.

*La transición a un médico que atiende adultos generalmente ocurre entre los 18 y 22 años de edad.

¿Qué tan importante es para ti pasarte a un médico que atiende adultos a los 22 años*?

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

¿Qué tan seguro te sientes acerca de tu capacidad de pasarte a un médico que atiende adultos a los 22 años*?

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

Mi salud

Marca el casillero que corresponda a ti en este momento.

| | Sí | Quiero aprender | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Puedo nombrar mi diferencias de aprendizaje, diagnóstico de discapacidad, médico o de salud mental (por ej., diabetes, depresión). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Puedo nombrar de 2 a 3 personas que pueden ayudarme con mis necesidades de mi diferencias de aprendizaje, diagnóstico de discapacidad, médicas o de salud mental en una emergencia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antes de una visita al médico, preparo preguntas para hacer. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sé que debo pedirle al consultorio del médico que me dé acomodaciones, si fuese necesario. | <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 los nombres de mis médicos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sé o puedo encontrar el número de teléfono de mi médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sé cómo hacer las citas con mi médico. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Llevo mi información médica conmigo todos los días (por ej., tarjeta de seguro, números de teléfono de emergencia). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conozco mis alergias a las comidas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mis medicamentos

Marca el casillero que corresponda a ti en este momento.

| | Sí | Quiero aprender | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sé el nombre de los medicamentos que tomo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sé la cantidad de los medicamentos que tomo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sé cuándo debo tomar mis medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sé cómo leer y seguir las instrucciones de las etiquetas de mis medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sé qué hacer cuando se me acaban los medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conozco mis alergias a los medicamentos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

