



Ejemplo de la evaluación del nivel de preparación para la transición

Para padres/guardianes

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 su hijo/a sabe sobre su salud y los aspectos en los cuales usted considera que él/ella necesita aprender más. Después de llenar este formulario, compare sus respuestas con el formulario que respondió su hijo/a. Sus respuestas pueden ser diferentes. Los ayudaremos a dar los pasos necesarios para ampliar las habilidades de su hijo/a con respecto al cuidado de su salud.

Fecha:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Importancia y confianza 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 su hijo/a encargarse del cuidado de su salud?

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

¿Cuán seguro se siente usted en cuanto a la capacidad de su hijo/a para encargarse de su propia salud?

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

La salud de mi hijo/a

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

Sí, él/ella lo sabe

Él/ella debe aprender

Alguien debe hacerlo... ¿Quién?

Mi hijo/a conoce sus necesidades médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a puede explicar sus necesidades médicas a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce sus síntomas, incluidos aquéllos que requieren atención médica inmediata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe qué hacer en caso de que él/ella tenga una emergencia médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce sus medicamentos, para qué son y cuándo él/ella debe tomarlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce sus alergias a medicamentos y los medicamentos que él/ella no debe tomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a puede explicar cómo sus costumbres y creencias afectan las decisiones sobre los cuidados de salud y los tratamientos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uso de los servicios médicos

Mi hijo/a sabe o puede encontrar el número de teléfono de su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a hace sus propias citas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de una cita, mi hijo/a piensa en preguntas para hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene una forma de llegar al consultorio médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe que debe estar 15 minutos antes de la visita médica para registrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe dónde ir para obtener atención médica cuando el consultorio médico está cerrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene una carpeta con su información médica en la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene una copia actualizada de su plan de atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo llenar formularios médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo obtener recomendaciones para otros médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe dónde está su farmacia y cómo solicitar la renovación de sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My child knows where to get blood work or x-rays if his/her doctor orders them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a lleva la información de salud consigo en todo momento (por ejemplo, tarjeta de seguro, alergias, medicamentos, información sobre contactos de emergencia, resumen médico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe que él/ella puede ver al médico solo/a mientras yo espero en la sala de espera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a entiende cómo la confidencialidad en la atención médica cambia a los 18 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene un plan para mantener su seguro médico a partir de los 18 años de edad y en adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a y yo hemos hablado sobre su capacidad de decidir acerca de su salud a los 18 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a y yo hemos hablado sobre un plan para tomar decisiones con apoyo, si fuera necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>