|  |
| --- |
| **Evaluación de preparación para la transición** |

***Direcciones para jóvenes y adultos jóvenes:*** Favor señale el cuadro que mejor describa **tu** habilidad en las siguientes áreas que son importantes para la transición a cuidados de salud de adulto. No hay respuestas correctas o incorrectas y sus respuestas serán totalmente confidenciales.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No,****no sé hacerlo** | **No,****pero me interesa aprenderlo**  | **No,** **pero estoy aprendiendo a hacerlo**  | **Sí,****he empezado a hacerlo** | **Sí,****siempre lo hago cuando lo necesito.**  |
| 1. ¿Obtienes tu medicamento con receta cuando necesitas hacerlo?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Sabes qué hacer en caso de tener una mala reacción a tu medicina?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Tomas tu medicamento correctamente y sin ayuda?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Sabes pedir tus medicinas en la farmacia antes de que se acaban?
 |  |  |  |   |  |
| 1. ¿Llamas a tu doctor para hacer una cita?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Sigues los órdenes del médico como pruebas de laboratorio, los referidos a otros médicos, o estudios de imagen?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Arreglas transporta a tus citas médicas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Llamas a tu doctor por cambios en tu salud? (Por ejemplo: reacciones alérgicas)
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Solicitas un plan médico si pierdes lo que tienes ahora?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Sabes lo que cubre tu plan médico?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Manejas tu dinero? (Por ejemplo: usas una tarjeta de crédito/débito)
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Completas tú el historia médica, incluso una lista de tus alergias?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Llevas tú un calendario o una lista de citas médicas y de otras citas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Preparas tú una lista de preguntas antes de tu visita al médico?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Sabes solicitar apoyo económico para tu educación o trabajo?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Le informas tú al médico o a la enfermera cómo te sientes?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Contestas tú a las preguntas del médico, de la enfermera y de los demás profesionales en la clínica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Ayudas a planear y a preparar las comidas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Mantienes limpia la casa o quitas la mesa después de las comidas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿Utilizas tú los servicios en tu comunidad (por ejemplo: los supermercados, o las farmacias)?
 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Cuestionario de Evaluación de Preparación para la Transición** |

***Direcciones para Padres o Representantes:*** Favor señale el cuadro que describe **mejor la habilidad del paciente**. Recuerde, es la capacidad del PACIENTE, no la de usted.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No,****no sabe**  | **No,****pero le interesa aprenderlo**  | **No,** **pero está aprendiendo a hacerlo**  | **Sí,****ha empezado a hacerlo**  | **Sí,****siempre hace esto cuando lo necesita.**  |
| 1. ¿El/Ella Obtiene su medicamento con receta cuando necesita hacerlo?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella sabe qué hacer en caso de tener una mala reacción a su medicina?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella tomas su medicamento correctamente y sin ayuda?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella sabes pedir sus medicinas en la farmacia antes de que se acaban?
 |  |  |  |   |  |
| 1. ¿ El/Ella llama a su doctor para hacer una cita?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella sigue los órdenes del médico como pruebas de laboratorio, los referidos a otros médicos, o estudios de imagen?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella arreglas transporta a sus citas médicas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella llamas a su doctor por cambios en su salud? (Por ejemplo: reacciones alérgicas)
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella solicita un plan médico si pierde lo que tiene ahora?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella sabe lo que cubre su plan médico?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella manejas su dinero? (Por ejemplo: usa una tarjeta de crédito/débito)
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella completa su historia médica, incluso una lista de sus alergias?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella lleva un calendario o una lista de citas médicas y de otras citas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella preparas una lista de preguntas antes de su visita al médico?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella sabe solicitar apoyo económico para su educación o trabajo?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella le informa al médico o a la enfermera cómo se sientes?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella contesta a las preguntas del médico, de la enfermera y de los demás profesionales en la clínica?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella ayuda a planear y a preparar las comidas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella mantiene limpia la casa o quita la mesa después de las comidas?
 |  |  |  |  |  |
| 1. ¿ El/Ella utiliza los servicios en su comunidad (por ejemplo: los supermercados, o las farmacias)?
 |  |  |  |  |  |