|  |
| --- |
| **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)? |  |  |  |  |  |