**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Fecha# \_\_\_\_\_\_\_)**

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

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

***Direcciones para padres/representantes:*** Si el joven o adulto joven a su cuidado no puede completar las tareas señaladas debajo, favor señale el cuadro que describe mejor **su** habilidad. Señale aquí si usted es un padre/cuidador y está completando este cuestionario.­

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No,**  **No se cómo** | **No,**  **pero quiero aprender** | **No,**  **pero estoy aprendiendo a hacerlo** | **Sí,**  **He empezado a hacer esto** | **Sí,**  **Siempre hago esto cuando lo necesito** |
| ***Manejo de medicaciones*** |  |  |  |  |  |
| 1. Obtiene su medicación con perscripción cuando necesita hacerlo? |  |  |  |  |  |
| 1. Sabe qué hacer en caso de estar teniendo una mala reacción a su medicina? |  |  |  |  |  |
| 1. Toma su medicación solo y correctamente? |  |  |  |  |  |
| 1. Reordena sus medicinas cuando estas se acaban? |  |  |  |  |  |
| ***Citas médicas*** |  |  |  |  |  |
| 1. Llama a su doctor a hacer una cita? |  |  |  |  |  |
| 1. Hace el segumiento de referencias para exámenes, citas o exámenes de laboratorio? |  |  |  |  |  |
| 1. Se arregla solo para transportarse a sus citas medicas? |  |  |  |  |  |
| 1. Llama a su doctor por cambios en su (Por ejemplo: Allergic reactions)? |  |  |  |  |  |
| 1. Aplica para seguros de salud si pierde el que tiene ahora? |  |  |  |  |  |
| 1. Sabe los beneficios de su seguro de salud? |  |  |  |  |  |
| 1. Maneja su dinero y el presupuesto de su casa (Por ejemplo: el uso de una tarjeta de crédito/débito)? |  |  |  |  |  |
| ***Registro de problemas de salud*** |  |  |  |  |  |
| 1. Llena la hoja de su historia médica, incluyendo una lista de sus alergias? |  |  |  |  |  |
| 1. Lleva un calendario o lista de citas y otros acontecimientos médicos? |  |  |  |  |  |
| 1. Hace una lista de preguntas para su doctor antes de cada visita? |  |  |  |  |  |
| 1. Recibe apoyo financiero para su educación o trabajo? |  |  |  |  |  |
| ***Comunicaciòn con sus proveedores de salud*** |  |  |  |  |  |
| 1. Le dice a su médico o enfermera lo que está sintiendo? |  |  |  |  |  |
| 1. Responde todas las preguntas que le hace su doctor, enfermera o personal de la clínica? |  |  |  |  |  |
| ***Actividades diarias*** |  |  |  |  |  |
| 1. Ayuda a planificar o preparar las comidas? |  |  |  |  |  |
| 1. Limpia su casa/dormitorio o limpia después de las comidas? |  |  |  |  |  |
| 1. Usa tiendas y servicios del vecindario (Por ejemplo: Supermercados o farmacias)? |  |  |  |  |  |