**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)?
 |  |  |  |  |  |