

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Las actividades enumeradas ayudarán a los jóvenes a adquirir las destrezas y habilidades necesarias para llegar a su máximo nivel de independencia y competencia. Algunas de estas actividades no se pueden aplicar a todo el mundo.

Destrezas y habilidades para el CUIDADO DE LA SALUD:	SI	NO	N/A	Necesito más información
1. ¿Puede describir su propia condición de salud o discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Puede describir cómo su estado de salud o discapacidad afecta su vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Utiliza o lleva una alerta médica (con lista de alergias, condiciones médicas, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Le dice al médico o enfermera cómo se siente y lo que piensa que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Responde a las preguntas que le hacen el médico o la enfermera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Hace preguntas a su médico o enfermera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Llama al médico si observa cambios inusuales en su salud (reacción alérgica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Participa en tomar decisiones sobre su salud con sus padres y el médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ve a su médico sin su familia o sus padres en la habitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Llama a la oficina del médico para hacer una cita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Hace una lista de preguntas antes de la consulta con el médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Firma formularios de consentimiento para su tratamiento médico (cirugía, exámenes, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Completa el formulario de historia clínica y la lista de sus alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene un tutor o un poder notarial para recibir atención médica en caso de que sea necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Sabe cuándo llamar al 9-1-1 o buscar atención médica de urgencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Conoce sus derechos para controlar cómo se usa su información médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Guarda usted mismo un calendario o una lista de sus citas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Da seguimiento a referencias para pruebas y exámenes médicos o de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Organiza el transporte para sus consultas médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha encontrado un médico para adultos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha programado su primera cita con un médico para adultos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades en cuanto a MEDICAMENTOS / TRATAMIENTOS:	SI	NO	N/A	Necesito más información
22. ¿Toma parte en su tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Sabe los nombres de sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Sabe por qué toma cada uno de sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Sabe los efectos secundarios o reacciones adversas de cada medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Destrezas y habilidades en cuanto a MEDICAMENTOS / TRATAMIENTOS: <i>(continuación)</i>	SI	NO	N/A	Necesito más información
26. ¿Toma sus propios medicamentos, con un recordatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Dirige sus tratamientos (conoce los pasos y puede decirle a otro cómo hacerlo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Es capaz de realizar sus propios tratamientos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Sabe lo que puede ocurrir si se salta sus tratamientos o medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Toma sus medicamentos correctamente y por su cuenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Usa y cuida el equipo y los suministros médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Llama a la empresa apropiada cuando hay un problema con su equipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Vuelve a pedir medicamentos y/o suministros antes de que se acaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Consigue los medicamentos que le han recetado si es necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Destrezas y habilidades en cuanto a SEGURO:	SI	NO	N/A	Necesito más información
35. ¿Entiende para qué es el seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Lleva una tarjeta de seguro médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Muestra su tarjeta de seguro médico en sus citas médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Sabe qué cubre su seguro médico? ¿Cubre copagos, deducibles, referencias, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Solicita un seguro médico cuando pierde cobertura de seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSEJOS PARA UTILIZAR ESTA LISTA DE HABILIDADES:

Piense en las habilidades en las que desea trabajar. Tome nota de sus necesidades e inquietudes. Entonces puede hablar sobre los próximos pasos que debe tomar con las personas que le están ayudando a prepararse para el futuro.

Notas a mí mismo: Con las preguntas en las que ha marcado "Necesito más información," haga una lista de las preguntas o temas sobre los que desearía más información.

Próximos pasos - Objetivos: Haga una lista de lo que necesita hacer para aprender a cuidarse a usted mismo. Puede pedir a las personas que le están ayudando a planificar su futuro que trabajen en esto con usted.

Desearía más información sobre: Seguro Medicaid Administrar mi propia atención médica Otro asunto _____

Estamos aquí para ayudar. Para aprender más sobre los programas y servicios que brinda UIC-Cuidado Especializado Para Niños, visita nuestra página de internet:

dsccl.uic.edu o "me gusta" en  facebook.com/dsccl.uic.edu