

Evaluación de preparación para la transición destinada a padres/cuidadores

Complete este formulario para ayudarnos a comprender lo que ya conoce sobre la salud de su hijo y las áreas sobre las que, en su opinión, él quisiera obtener más información. Después de completar el formulario, puede pedirle a su hijo que comparta sus propias respuestas de la autoevaluación y compararlas. Las respuestas de ambos pueden diferir. El médico de su hijo lo ayudará con los pasos necesarios para aumentar las habilidades de atención médica de su hijo.

Nombre del joven

Nombre del padre/madre/cuidador

Fecha de nacimiento del joven

Fecha actual

IMPORTANCIA Y CONFIANZA EN LA TRANSICIÓN *Encierre en un círculo el número que mejor describe cómo se siente en este momento.*

La transición a la atención médica para adultos suele tener lugar entre los 18 y 22 años.

¿En qué medida es importante para su hijo pasar a atenderse con un médico de adultos antes de los 22 años??

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → en gran medida

¿En qué medida confía en la capacidad de su hijo de pasar a atenderse con un médico de adultos antes de los 22 años??

para nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → en gran medida

LA SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO *Marque la respuesta que mejor se aplique a este momento.*

	NO	QUIERE APRENDER	SÍ
Mi hijo puede explicar sus necesidades de salud a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe cómo hacer preguntas cuando no comprende lo que dice el médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo conoce sus alergias a ciertos medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo conoce los antecedentes médicos de nuestra familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo habla con el médico en lugar de que yo hable por él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo está solo con el médico durante las consultas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe cuándo y cómo obtener atención de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo lleva consigo información de salud importante todos los días (por ejemplo, tarjeta del seguro, datos de contacto en caso de emergencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe que cuando cumpla 18 años gozará de total privacidad en su atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe de al menos una persona más que lo apoyará con sus necesidades de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe dónde encontrar el número de teléfono de su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe cómo programar y cancelar sus propias citas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe llegar al consultorio de su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe cómo obtener un resumen de su información médica (p. ej., portal en línea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe completar formularios médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe cómo obtener una derivación si la necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe qué seguro de salud tiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe lo que debe hacer para conservar su seguro médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo y yo hablamos sobre el proceso de transición de la atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LA MEDICACIÓN DE MI HIJO *Si su hijo no toma ningún medicamento, omita esta sección.*

Mi hijo sabe qué medicamentos toma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe cuándo debe tomar sus medicamentos sin que nadie se lo diga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo sabe cómo reabastecerse de medicamentos cuando lo necesita y si corresponde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CUÁL DE LAS HABILIDADES ANTES MENCIONADAS LE INTERESA DESARROLLAR MÁS A SU HIJO?

Cómo calificar la evaluación de preparación para la transición destinada a padres/cuidadores (Solo para uso oficial)

El propósito de la evaluación de preparación para la transición es iniciar un diálogo con los jóvenes y padres/cuidadores sobre las habilidades relacionadas con la salud. La calificación es opcional y puede utilizarse para seguir el progreso individual en la adquisición de estas habilidades, no para predecir resultados de transición exitosos.

Esta hoja de calificación puede completarse para calificar la evaluación de preparación para la transición completa de un padre/madre/cuidador o puede servir como una guía de consulta para calificar evaluaciones realizadas.

Cada respuesta puede convertirse en un puntaje de 0 (No), 1 (Quiere aprender) o 2 (Sí). Dado que no todos los jóvenes toman medicamentos, deben calcularse por separado los números de "La salud y atención médica de mi hijo" y "La medicación de mi hijo".

LA SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA DE MI HIJO <i>Marque la respuesta que mejor se aplique a este momento.</i>	NO	QUIERE APRENDER	SÍ
Mi hijo puede explicar sus necesidades de salud a los demás.	0	1	2
Mi hijo sabe cómo hacer preguntas cuando no comprende lo que dice el médico.	0	1	2
Mi hijo conoce sus alergias a ciertos medicamentos.	0	1	2
Mi hijo conoce los antecedentes médicos de nuestra familia.	0	1	2
Mi hijo habla con el médico en lugar de que yo hable por él.	0	1	2
Mi hijo está solo con el médico durante las consultas.	0	1	2
Mi hijo sabe cuándo y cómo obtener atención de emergencia.	0	1	2
Mi hijo sabe dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	0	1	2
Mi hijo lleva consigo información de salud importante todos los días (por ejemplo, tarjeta del seguro, datos de contacto en caso de emergencia).	0	1	2
Mi hijo sabe que cuando cumpla 18 años gozará de total privacidad en su atención médica.	0	1	2
Mi hijo sabe de al menos una persona más que lo apoyará con sus necesidades de salud.	0	1	2
Mi hijo sabe dónde encontrar el número de teléfono de su médico.	0	1	2
Mi hijo sabe cómo programar y cancelar sus propias citas médicas.	0	1	2
Mi hijo sabe llegar al consultorio de su médico.	0	1	2
Mi hijo sabe cómo obtener un resumen de su información médica (p. ej., portal en línea).	0	1	2
Mi hijo sabe completar formularios médicos.	0	1	2
Mi hijo sabe cómo obtener una derivación si la necesita.	0	1	2
Mi hijo sabe qué seguro de salud tiene.	0	1	2
Mi hijo sabe lo que debe hacer para conservar su seguro médico.	0	1	2
Mi hijo y yo hablamos sobre el proceso de transición de la atención médica.	0	1	2
LA MEDICACIÓN DE MI HIJO <i>Si su hijo no toma ningún medicamento, omita esta sección.</i>			
Mi hijo sabe qué medicamentos toma.	0	1	2
Mi hijo sabe cuándo debe tomar sus medicamentos sin que nadie se lo diga.	0	1	2
Mi hijo sabe cómo reabastecerse de medicamentos cuando lo necesita y si corresponde.	0	1	2

Puntaje total de La salud y atención médica de mi hijo: _____ /40

Puntaje total de La medicación de mi hijo: _____ /6

Estamos para ayudarlo.

Si desea obtener más información sobre los programas y servicios de la División de Atención Especializada para Niños, visite nuestro sitio web en: dsccl.uic.edu



Los Six Core Elements of Health Care Transition™ (Seis elementos esenciales de la transición de la atención médica) son propiedad intelectual de Got Transition®. Esta versión de Six Core Elements se ha modificado y se utiliza con permiso.