

Evaluación de habilidades de autocuidado para adultos jóvenes

Completa este formulario para ayudarnos a comprender lo que ya sabes sobre tu salud, cómo utilizar la atención médica y sobre qué áreas deseas obtener más información. Si necesitas ayuda con este formulario, consulta a tu padre/madre/cuidador, médico o coordinador de atención de la División de Atención Especializada para Niños (DSCC).

Nombre de preferencia

Nombre legal

Fecha de nacimiento

Fecha actual

IMPORTANCIA Y CONFIANZA EN EL AUTOCUIDADO *Encierra en un círculo el número que mejor describe cómo te sientes en este momento.*

¿En qué medida es importante para ti administrar tu propia atención médica?

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

¿Te sientes seguro acerca de tu capacidad para administrar tu propia atención médica?

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

MI SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA *Marca la respuesta que mejor se aplique a este momento.*

	NO	QUIERE APRENDER	SÍ
Puedo explicar mis necesidades de salud a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo hacer preguntas cuando no comprendo lo que dice el médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis alergias a ciertos medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis antecedentes médicos familiares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cuándo y cómo obtener atención de emergencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llevo conmigo 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"/>
Sé que gozaré de total privacidad en mi atención médica cuando tenga 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé que tengo que firmar un formulario si quiero que otros estén presentes en mis consultas y para permitirles que consulten mi historia clínica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco al menos una persona más que me apoyará con mis necesidades de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde encontrar el número de teléfono de mi médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo programar y cancelar mis propias citas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé llegar al consultorio de mi médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo obtener un resumen de mi información médica (p. ej., portal en línea).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé completar formularios médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo obtener una derivación si la necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé qué seguro de salud tengo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé lo que debo hacer para conservar mi seguro médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MI MEDICACIÓN *Si no tomas ningún medicamento, omite esta sección.*

Sé qué medicamentos tomo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cuándo debo tomar mis medicamentos sin que nadie me lo diga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo reabastecerme de medicamentos cuando lo necesito y si corresponde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CUÁL DE LAS HABILIDADES ANTES MENCIONADAS TE INTERESA DESARROLLAR MÁS?

Cómo calificar la evaluación de habilidades de autocuidado para adultos jóvenes (Solo para uso oficial)

El propósito de la evaluación de habilidades de autocuidado para adultos jóvenes es iniciar un diálogo con ellos 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 exitosos.

Esta hoja de calificación puede completarse para calificar la evaluación de habilidades de autocuidado de un adulto joven o puede servir como una guía de consulta para calificar evaluaciones realizadas.

Cada respuesta puede convertirse en un puntaje de 0 (No), 1 (Quiero aprender) o 2 (Sí). Dado que no todos los adultos jóvenes toman medicamentos, deben calcularse por separado los números de “Mi salud y atención médica” y “Mi medicación”.

MI SALUD Y ATENCIÓN MÉDICA <i>Marca la respuesta que mejor se aplique a este momento.</i>	NO	QUIERE APRENDER	SÍ
Puedo explicar mis necesidades de salud a los demás.	0	1	2
Sé cómo hacer preguntas cuando no comprendo lo que dice el médico.	0	1	2
Conozco mis alergias a ciertos medicamentos.	0	1	2
Conozco mis antecedentes médicos familiares.	0	1	2
Sé cuándo y cómo obtener atención de emergencia.	0	1	2
Sé dónde obtener atención médica cuando el consultorio del médico está cerrado.	0	1	2
Llevo conmigo información de salud importante todos los días (por ejemplo, tarjeta del seguro, datos de contacto en caso de emergencia).	0	1	2
Sé que gozaré de total privacidad en mi atención médica cuando tenga 18 años.	0	1	2
Sé que tengo que firmar un formulario si quiero que otros estén presentes en mis consultas y para permitirles que consulten mi historia clínica.	0	1	2
Conozco al menos una persona más que me apoyará con mis necesidades de salud.	0	1	2
Sé dónde encontrar el número de teléfono de mi médico.	0	1	2
Sé cómo programar y cancelar mis propias citas médicas.	0	1	2
Sé llegar al consultorio de mi médico.	0	1	2
Sé cómo obtener un resumen de mi información médica (p. ej., portal en línea).	0	1	2
Sé completar formularios médicos.	0	1	2
Sé cómo obtener una derivación si la necesito.	0	1	2
Sé qué seguro de salud tengo.	0	1	2
Sé lo que debo hacer para conservar mi seguro médico.	0	1	2
MI MEDICACIÓN <i>Si no tomas ningún medicamento, omite esta sección.</i>			
Sé qué medicamentos tomo.	0	1	2
Sé cuándo debo tomar mis medicamentos sin que nadie me lo diga.	0	1	2
Sé cómo reabastecerme de medicamentos cuando lo necesito y si corresponde.	0	1	2

Puntaje total de Mi salud y atención médica: _____ /36

Puntaje total de Mi medicación: _____ /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: dsc.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.