

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 áreas 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
<b>Manejo de medicaciones</b>					
1. Obtiene su medicación con prescripción cuando necesita hacerlo?					
2. Sabe qué hacer en caso de estar teniendo una mala reacción a su medicina?					
3. Toma su medicación solo y correctamente?					
4. Reordena sus medicinas cuando estas se acaban?					
<b>Citas médicas</b>					
5. Llama a su doctor a hacer una cita?					
6. Hace el seguimiento de referencias para exámenes, citas o exámenes de laboratorio?					
7. Se arregla solo para transportarse a sus citas medicas?					
8. Llama a su doctor por cambios en su (Por ejemplo: Allergic reactions)?					
9. Aplica para seguros de salud si pierde el que tiene ahora?					
10. Sabe los beneficios de su seguro de salud?					
11. Maneja su dinero y el presupuesto de su casa (Por ejemplo: el uso de una tarjeta de crédito/débito)?					
<b>Registro de problemas de salud</b>					
12. Llena la hoja de su historia médica, incluyendo una lista de sus alergias?					
13. Lleva un calendario o lista de citas y otros acontecimientos médicos?					
14. Hace una lista de preguntas para su doctor antes de cada visita?					
15. Recibe apoyo financiero para su educación o trabajo?					
<b>Comunicación con sus proveedores de salud</b>					
16. Le dice a su médico o enfermera lo que está sintiendo?					
17. Responde todas las preguntas que le hace su doctor, enfermera o personal de la clínica?					
<b>Actividades diarias</b>					
18. Ayuda a planificar o preparar las comidas?					
19. Limpia su casa/dormitorio o limpia después de las comidas?					
20. Usa tiendas y servicios del vecindario (Por ejemplo: Supermercados o farmacias)?					