

Lista de control para la transición, de adolescentes



Esta lista de control para la transición de adolescentes es sobre las destrezas que necesita aprender para cuidar su salud cuando llegue a la edad adulta. Su doctor o enfermera hablará con usted sobre las áreas en las que necesita ayuda. Complete esta lista marcando la casilla o casillas que describen su caso más acertadamente. Si no entiende alguna pregunta, pídale a su padre, madre, enfermera o doctor que le ayude.

Habilidades Tempranas de Transición: 13-14 años	Sí lo hago	NO, Aprenderé	Alguien tendrá que hacer esto por mí	N/C, no será necesario	Necesito más información
¿Usa un aviso médico (lista de alergias o condiciones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Habla por sí mismo en el consultorio del doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ayuda a tomar decisiones sobre su salud con su familia o doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lo examina el doctor sin que sus padres/familia estén presentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo describir sus propias condiciones de salud/discapacidades y sabe cómo le afectan en su vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Entiende las maneras de mantener un estilo de vida saludable (dieta y actividad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Entiende cómo le puede afectar a su condición fumar, beber y/o usar drogas (empeoramiento de los síntomas, reacción a las medicinas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilidades Intermedias de Transición: 15-17 años					
¿Sabe cuáles son sus derechos para mantener privada su información de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Llama al doctor sin ayuda cuando tiene un problema médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo hacer una cita con el doctor sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe los nombres de sus medicinas y para qué las toma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe qué puede suceder si se salta sus tratamientos o medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo puede afectarle sexualmente su condición (necesidad de intimidad, afecto y contacto físico, algunas veces con actividad sexual)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe qué hará en cuanto a anticonceptivos, sexo seguro, problemas de la reproducción (genética, embarazo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo usar sus beneficios del seguro médico (copagos, remisiones)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe qué hará después del bachillerato (trabajo, más escuela, opciones recreativas, voluntariado, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe sobre recursos que pueden ayudarle a encontrar servicios para adultos (ayuda laboral, transporte, tecnologías asistenciales, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo podría afectarle su condición en cuanto a opciones de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transición Tardía: edad 18 y más allá					
¿Tiene un resumen médico portátil y/o plan de atención actualizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un doctor para adultos (o un doctor para cuando esté en la universidad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Generalmente se toma sus medicinas correctamente sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cuándo y cómo obtener reabastecimientos de sus medicamentos (pedidos por correo, médico recetante) a tiempo antes de que se le acaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa y cuida su propio equipo y suministros médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cuándo llamar para exámenes de rutina, atención urgente, cuándo acudir a la sala de emergencias y cuándo llamar al 911?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe a quién llamar si tiene preguntas sobre su cobertura del seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo mantendrá su seguro médico como adulto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe para cuáles beneficios del gobierno podría calificar (SSI, SSDI, beneficios de salud para trabajadores con discapacidades, servicios basados en el hogar y la comunidad, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe sobre la tutela o el poder notarial para la atención de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe qué opciones de vivienda tiene como adulto (por su propia cuenta, hogar colectivo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe cómo administrar su dinero y pagar sus cuentas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

Para uso oficial: Esta **Lista para la transición de adolescentes** puede ayudar al profesional de atención de la salud a evaluar si el joven y su familia están listos para la transición a los sistemas para adultos, por medio de lo siguiente: evaluación de los niveles actuales del adolescente, identificación de áreas de mejoramiento y determinación de las áreas que requieren educación y práctica antes de las transiciones y con las cuales el paciente necesitará apoyo continuo como adulto.

Las listas de control como esta pueden servir como base para el adolescente y el médico para la preparación y planificación para la transición. Mida el progreso usando la misma herramienta en intervalos periódicos

- Pídales a los adolescentes que completen la lista de control cada 12 a 24 meses
- Revise los avances y dele reconocimiento por sus éxitos
- Documente los resultados y actualice el plan de tratamiento/cuidado

Sólo para uso oficial		Notas del proveedor:
Revisado por:	Fecha:	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	

Los materiales son respaldados por medio de una subvención del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Departamento de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), la Administración de Recursos y Servicios de la Salud (Health Resources and Services Administration), el Departamento de Salud Maternal e Infantil (Maternal and Child Health Bureau), D70MC12840. Creado por la División de Cuidado Especializado de la UIC y la sucursal de Illinois de la Academia Americana de Pediatría

