

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

Completado por: _____ Fecha: _____



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.

OBTENCIÓN DE ATECIÓN DE LA SALUD – destrezas y habilidades:	Sí lo hago	NO, Aprenderé	Alguien tendrá que hacer esto por mí	N/C, no será necesario	Necesito más información
<input type="checkbox"/> ¿Usa un aviso médico (lista de alergias o condiciones)?	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/> ¿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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/> ¿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"/>
<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"/>
MANEJO DE LAS CONDICIONES Y TRATAMIENTOS – Destrezas y habilidades:					
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
CONSERVACIÓN DE LA SALUD – destrezas y habilidades:					
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
SEGURO – destrezas y habilidades:					
<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"/>
<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"/>
<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"/>
OTRAS ÁREAS DE TRANSICIÓN – destrezas y habilidades					
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<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"/>
<input type="checkbox"/> Adolescencia Inicial	<input type="checkbox"/> Adolescencia Intermedia		<input type="checkbox"/> Adolescencia Avanzada		

