**Nombre del joven:** Haga clic o pulse aquí. **ID de CHC:** Haga clic o pulse aquí.

**Fecha de envío por correo:** Haga clic o pulse aquí. **Fecha de nacimiento del joven:** Haga clic o pulse aquí.

**Preparación para la transición cambiando los roles de las familias**

**Coordinadores de atención**, asistan a la familia si tiene preguntas o necesita ayuda, una referencia o seguimiento. **Pariente,** tómese el tiempo para responder las siguientes preguntas sobre su joven.Coloque una X en la casilla más adecuada. Si responde "Alguien más tendrá que hacerlo", indique el nombre de esa persona, si es posible. Compare sus respuestas con las de su hijo. Puede que le sorprenda lo que saben o quieren aprender. Trabaje en un plan para aumentar las habilidades de salud. Comparta con el equipo médico las habilidades en las que está trabajando. Se necesita tiempo y práctica para aprender y demostrar estas habilidades, así que ¡hoy es el mejor momento para empezar!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Salud y bienestar 101**  **Las habilidades básicas** | **No lo necesita** | **Sí puede hacerlo** | **Necesita aprender cómo** | **Alguien más tendrá que hacerlo. ¿Quién?** |
| **CONOCIMIENTO SOBRE CUESTIONES DE SALUD/DIAGNÓSTICO** |  |  |  |  |
| Mi hijo comprende sus necesidades de atención médica y puede explicarlas |  |  |  |  |
| Mi hijo entiende cómo tomar su medicamento y cuáles pueden ser los efectos secundarios. |  |  |  |  |
| Mi hijo puede explicar cómo las costumbres y creencias de nuestra familia pueden afectar las decisiones de atención médica y el tratamiento médico. |  |  |  |  |
| Mi hijo conoce sus medidas de salud y bienestar (peso, estatura, presión arterial, niveles de laboratorio) |  |  |  |  |
| Mi hijo conoce los síntomas de salud que necesitan atención médica rápida. |  |  |  |  |
| Mi hijo sabe sobre medicamentos con receta, medicamentos de venta libre y fitofármacos, y sabe cuándo usarlos. |  |  |  |  |
| Mi hijo sabe qué hacer en caso de que tenga una emergencia médica. |  |  |  |  |
| **ESTAR PREPARADO** |  |  |  |  |
| Mi hijo lleva consigo su tarjeta de seguro médico todos los días. |  |  |  |  |
| Mi hijo lleva consigo información importante sobre su salud todos los días (por ejemplo: resumen médico, incluidos diagnóstico, lista de medicamentos, información sobre alergias, números de teléfono de doctores, el número de la farmacia, números de teléfono de contactos de emergencia, etc.) |  |  |  |  |
| **HACERSE CARGO** |  |  |  |  |
| Mi hijo hace las llamadas para agendar sus propias citas con el médico. |  |  |  |  |
| Mi hijo sabe que tiene la opción de ver a su médico por sí solo. |  |  |  |  |
| Antes de acudir a la cita con el médico, mi hijo escribe las preguntas que formulará. |  |  |  |  |
| Mi hijo realiza un seguimiento de sus propias citas, de las renovaciones de recetas y de las fechas de vencimiento. |  |  |  |  |
| Mi hijo realiza las llamadas para que renueven sus propias recetas. |  |  |  |  |
| Mi hijo participa en la presentación de sus registros médicos y recibos en casa. |  |  |  |  |
| Mi hijo se registra y paga sus copagos por las consultas médicas. |  |  |  |  |
| Mi hijo ayuda a verificar que su equipo médico funcione (mantenimiento diario y de rutina) y sabe a quién contactar si necesita reparación. |  |  |  |  |
| **Después de los 18 años** |  |  |  |  |
| Mi hijo y yo tenemos un plan para que pueda conservar su seguro de atención médica cuando cumpla 18 y 26 años. |  |  |  |  |
| Mi hijo estará preparado para firmar sus propios formularios médicos (Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA], consentimiento para el tratamiento, divulgación de registros). |  |  |  |  |
| Mi hijo y yo hemos discutido y planeamos redactar un poder legal en relación con las decisiones de atención médica en caso de que su salud cambie y no pueda tomar decisiones por sí mismo. (¡Todos en la familia deberían tener uno!) |  |  |  |  |

**© Got Transition™ – el Centro Nacional de Transición de Atención Médica es un programa del Center for Medical Home Improvement™,**

**financiado a través de un acuerdo de cooperación (U39MC18176) de la Oficina de Salud Materno-infantil de Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration, HRSA), Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Human Services, DHHS)** 4-12

**Medición de la calidad familiar**

**Coordinador de atención**, esta sección nos brinda la oportunidad de conocer la experiencia de la familia con la lista de verificación de la preparación para la transición. Si realiza la encuesta en persona o por teléfono, lea cada pregunta y documente la respuesta del pariente. **Pariente**, marque UNA casilla para cada pregunta.

1) Esta lista de verificación sirve para planificar la transición de la atención médica de mi hijo

* Muy de acuerdo
* De acuerdo
* Ni de acuerdo ni en desacuerdo
* En desacuerdo
* Muy en desacuerdo

2) Usted podrá hacer todo lo que se discutió en la lista de verificación

* Muy de acuerdo
* De acuerdo
* Ni de acuerdo ni en desacuerdo
* En desacuerdo
* Muy en desacuerdo

3) La transición de la atención médica es importante para mi hijo y mi familia

* Muy de acuerdo
* De acuerdo
* Ni de acuerdo ni en desacuerdo
* En desacuerdo
* Muy en desacuerdo

**PARA uso exclusivo del Coordinador de Atención:** complete la siguiente información: el nombre del Coordinador de Atención, la fecha en que se completó la lista de verificación, la edad y el sexo del joven, el mes en que se identificaron, el método de administración de la lista de verificación y cómo el programa del Título V clasifica al joven. Una vez que haya completado ambas secciones, ingrese a Survey Monkey Survey antes de colocar este formulario en la tabla del joven.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Coordinador de Atención:** | **ID de CHC del joven:** |
| **Lista de verificación de fecha de finalización:** | **Sexo: Masculino  Femenino  Edad:** |
| **Encierre en un círculo el mes de nacimiento de este joven**  **ENE FEB MAR ABR MAY JUN JUL AGO SEP OCT NOV DIC** | |
| **Clasificación: marque una casilla o ambas**  **El joven tiene una discapacidad intelectual  El joven tiene una necesidad especial de atención médica** | |
| **Al completar la lista de verificación, ¿cuál fue el nivel más alto de interacción con la familia? Marque solo una casilla**  **En persona  Por teléfono  Por correo  Envió la herramienta por correo, sin respuesta después de 6 meses** | |