

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 sé hacerlo	No, pero me interesa aprenderlo	No, pero estoy aprendiendo a hacerlo	Sí, he empezado a hacerlo	Sí, siempre lo hago cuando lo necesito.
Manejando Medicinas					
1. ¿Obtienes tu medicamento con receta cuando necesitas hacerlo?					
2. ¿Sabes qué hacer en caso de tener una mala reacción a tu medicina?					
3. Reordena sus medicinas antes de se acaban?					
4. ¿Explica cualquier medicamento (nombre y dosis) que está tomando a sus médicos o enfermeras?					
5. ¿Habla con el farmacéutico sobre interacciones de medicamentos u otras preocupaciones relacionadas con sus medicamentos?					
Citas médicas					
6. Llama a la oficina de su doctor para una cita?					
7. Hace el seguimiento de referencias para exámenes, citas o exámenes de laboratorio?					
8. ¿Se arregla solo para transportarse a sus citas médicas?					
9. Llama a su doctor por cambios en su salud (Por ejemplo: reacciones alérgicas)?					
Seguimiento de problemas de salud					
10. Llena la hoja de su historia médica, incluyendo una lista de sus alergias?					
11. Usa un calendario o mantiene una lista de citas médicos?					
12. Le dice a su médico o enfermera lo que está sintiendo?					
13. ¿Se comunica con el médico cuando tiene una preocupación de salud?					
14. ¿Toma decisiones médicas o ayuda a tomar decisiones médicas relacionadas con su salud?					
15. ¿Asiste usted a su cita médica o parte de su cita médica solo, no acompañado?					
Hablando con sus proveedores de salud					
16. ¿Hace preguntas a su médico o enfermera sobre su salud o sobre su servicios de la salud?					
17. Responde a las preguntas que le hace su doctor, enfermera o personal de la clínica?					
18. ¿Les pide a sus médicos o enfermeras que le expliquen las cosas más claramente si no comprende las instrucciones que le dieron?					
19. ¿Les dice a sus médicos o enfermeras si usted siguió sus consejos o recomendaciones?					
20. ¿Explica su historial de salud a sus proveedores de atención médica (incluidas cirugías pasadas, alergias, medicamentos)?					
Please circle how you feel about the following statements					
	No Tan importante	Un poco importante	Algo importante	importante	Muy importante
¿Cuan importante es a Ud. administrar su propia atención médica?	1	2	3	4	5
¿Qué tan seguro se siente acerca de su capacidad para administrar su propia atención médica?	1	2	3	4	5