

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 | | |

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. La lista de control ha sido codificada con un símbolo y color para ayudar al personal a usar un enfoque de desarrollo y ayudar a enfocarse en los puntos que requieren más atención. Los profesionales deben alentar a los adolescentes más jóvenes a desarrollar destrezas en las áreas de color violeta o marcadas con un Δ ; los adolescentes de edad intermedia deben trabajar en las áreas marcadas en amarillo o con un \square y las áreas en verde o marcadas con \circ son para los adolescentes/adultos jóvenes que realmente están preparándose para la transición.

Adolescencia Inicial

Adolescencia Intermedia

Adolescencia Avanzada

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

