

TRANSICIÓN A LA INDEPENDENCIA: CUÁNTO PREPARADO ESTÁ?

Personas jóvenes pueden cuidar su propia salud o incapacidad de muchas maneras. El Hospital Shriners quisiera ayudarlo(a) a formar la experiencia que necesita para hacer la transición a cuidado de adulto y vida independiente. Por favor tome unos pocos minutos para responder estas preguntas en el frente y reverso de esta página. Luego por favor entregue esto a su enfermera(o). Gracias.

A. MANTENIÉNDOSE SANO

1.	Yo tengo un doctor o clínica donde voy cuando estoy enfermo o necesito un chequeo.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	Mis vacunas están al día.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	Yo sé mis números de seguro médico, o llevo consigo la información en mi billetera.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.	Yo sé sobre mi cobertura de aseguranza médica.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.	Yo llamo para fijar mis propias citas médicas y dentales.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	Yo mantengo un calendario de citas con el doctor y dentista.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.	Yo puedo obtener mis expedientes médicos, información de diagnosis, etc.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8.	Yo sé cómo contratar y manejar un asistente de cuidado personal, si necesito uno.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9.	Yo sé los números de teléfono de emergencia, o llevo la información en mi billetera.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10.	Yo sé cómo encontrar y contactar los programas de apoyo de la comunidad apropiados.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
11.	Yo sé cómo obtener transportación para mis citas médicas, escuela, y trabajo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
12.	Yo sé cómo las drogas, alcohol, y productos de tabaco afectan mi salud.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13.	Yo sé cómo evitar embarazos no planeados y enfermedades sexuales.	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No

Algunas preguntas o comentarios?

B. CONOCIMIENTO DE SU CONDICIÓN DE SALUD

1.	Yo puedo describir mi condición médica o incapacidad.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	Yo comprendo cómo mi condición puede afectar mi diario vivir.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	Yo sé los "signos de peligro" de mi condición y cuando buscar cuidado médico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.	Yo soy responsable de tomar mis propios medicamentos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.	Yo conosco mis medicamentos, que lo que hacen, y sus efectos secundarios.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	Yo sé cuando, cuanto, y para qué yo tomo medicamentos (receta y venta de medicamento sin receta, como Tylenol).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.	Yo puedo obtener mi segunda preparación de receta.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8.	Yo puedo obtener mi medicamento, terapia, materiales, y equipo que necesite.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9.	Yo soy responsable de hacer mis propios tratamientos.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Algunas preguntas o comentarios?

Casi terminado. Por favor de vuelta la página y responda las preguntas en el reverso también.

C. EDUCACIÓN Y TRABAJO

1.	Yo voy a la escuela.	{ Sí	{ No
2.	Mi escuela trabaja conmigo para atender mis necesidades especiales.	{ Sí { No { No Pertinente	
3.	Yo participo en las reuniones en la escuela del Plan de Educación Individual (IEP).	{ Sí { No { No Pertinente	
4.	Yo planeo graduarme de la Secundaria.	{ Sí	{ No
5.	Yo sé lo que necesito hacer para entrar a la universidad, entrenamiento vocacional, u obtener un buen trabajo.	{ Sí	{ No
6.	Yo tengo un trabajo como voluntario.	{ Ahora { Antes { Nunca	
7.	Me pagan por un trabajo de media jornada o jornada completa.	{ Ahora { Antes { Nunca	
8.	Yo sé lo que me gustaría hacer cuando sea un adulto.	{ Sí	{ No

Algunas preguntas o comentarios?

D. CUIDADO DE SALUD DE ADULTO

1.	Yo he identificado quién será mi doctor cuando deje el Hospital Shriners.	{ Sí	{ No
2.	Yo he hecho una cita con mi proveedor de cuidado de salud de adulto.	{ Sí	{ No
3.	Yo he tenido ya una cita con mi proveedor de cuidado de salud de adulto.	{ Sí	{ No
4.	Yo tengo una manera de pagar por mi cuidado de salud en edad adulta.	{ Sí	{ No

Algunas preguntas o comentarios?

Ahora, por favor firme más abajo y entregue esto a su enfermera(o). Gracias.

Su Firma _____ Edad _____

Fecha de Hoy _____