

## LA TRANSICIÓN AL CUIDADO PARA ADULTOS EVALUACIÓN Y PLAN DE ACCIÓN

**INSTRUCCIONES:** Este plan de transición ayudará a su equipo médico a prepararlo para el cambio hacia la atención médica para adultos. Por favor lea las frases siguientes y decida si ya lo hace (“Lo hago”), necesita ayuda para poder hacerlo (“Me gustaría recibir ayuda”) o si el tema no le procede (“No procede”). Ya que trabajaremos en este plan durante los próximos años y algunos de las actividades corresponden con otras, **deténgase** en cuanto haya marcado 3 a 4 casillas dentro de la columna con el título “Me gustaría recibir ayuda” en cada sección.

<b>ATENCIÓN MÉDICA</b>					
	Visita inicial - _____			Acción y persona responsable	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
<b>Al controlar mi condición médica</b>					
Entiendo mi condición médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Puedo describir mi condición médica o incapacidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Puedo describir los cambios o los síntomas causados por mi condición médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé en dónde conseguir más información sobre mi condición médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Comprendo cómo afecta mi condición médica a mi vida cotidiana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En casa, yo solo me atiendo y me hago cargo de mi condición médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Escribo todas las preguntas que tenga para mi médico y las llevo conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programo mis propias citas médicas y estoy pendiente de ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mantengo una lista de mis proveedores de atención médica y sus números de teléfono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo llegar al consultorio médico por mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mantengo un récord de mis datos médicos, por ejemplo, de los informes clínicos, los resultados de estudios, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He pedido que me envíen copias de mis expedientes médicos a casa. Sé cómo organizar mis récords.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ATENCIÓN MÉDICA					
	Visita inicial - _____			Acción y persona responsable	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Llamo a mi médico o a mi enfermera cuando tengo problemas o si necesito comunicarles mi evolución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé a quién llamar en caso de emergencia y llevo el número telefónico conmigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sigo el plan de cuidado que mi médico recomendó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tengo una copia del resumen de información médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé lo que necesito hacer para mantenerme sano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo los fundamentos de la nutrición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo los peligros de fumar y de consumir alcohol u otras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Comprendo la sexualidad, el embarazo y los anticonceptivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Controlo mis necesidades durante la menstruación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Manejo de mis medicamentos</b>					
Sé cómo se llaman mis medicamentos y cómo y cuándo tomarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo el propósito de mis medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tomo mi(s) medicamento(s) solo sin la ayuda de mis padres..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mantengo una lista de mis medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cuáles son los efectos secundarios de mis medicamentos y qué hacer si éstos ocurren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo surtir mis medicamentos sin la ayuda de mis padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Llamo a la farmacia cuando necesito renovar mis medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Llamo a mi médico o enfermera cuando ya no puedo surtir más medicamentos recetados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Manejo de mi equipo o materiales</b>					

ATENCIÓN MÉDICA					
	Visita inicial - _____			Acción y persona responsable	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Sé cómo cuidar de cualquier equipo o materiales especiales que necesito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo pedir materiales médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo arreglar problemas menores con mi equipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo averiguar si soy elegible para un asistente de cuidado personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo contratar a un asistente de cuidado personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Tomar decisiones de adultos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Escribo mis preguntas para el médico o la enfermera antes de la cita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hablo con mi médico o enfermera durante la cita sin que ninguno de mis padres esté presente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He pedido que me enviaran copias de mis expedientes médicos a casa. Sé cómo organizar mis récords.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He consultado a mi médico o enfermera sobre posibles médicos para adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Me he reunido con mi nuevo médico para adultos. Me siento cómodo con mi médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He pedido que le envíaran mi expediente médico a mi nuevo doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo la importancia de tener directivas anticipadas (Advanced Directive).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo que firmar un documento puede permitir a mis médicos a hablar con mis padres después de cumplir 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SERVICIOS PARA ADULTOS					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Me visto independientemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo los quehaceres básicos en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo obtener una tarjeta de biblioteca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hago las compras de la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cocino para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé lavar la ropa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Puedo defenderme al hablar por mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé a quién llamar durante una emergencia simple en casa, tal como cuando se va la luz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé qué hace el dueño o el casero y cómo comunicarme con él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo contactar a la comunidad de los servicios públicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo mantenerme seguro, por ejemplo, al estar pendiente de los desconocidos, usar el cinturón de seguridad, tener cuidado al cruzar la calle, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cuáles son los números telefónicos para emergencias, tal como el 911.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conozco gente que me pueden ayudar a participar en actividades de la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cuáles agencias me pueden apoyar mientras me convierto en un adulto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estoy consciente de los servicios de enfermería que necesito y se cómo conseguirlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé qué aparatos o tecnología de asistencia necesitaré y cómo conseguirlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estoy trabajando para llegar a ser más independiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo comunicar mis necesidades a otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo averiguar para qué ayuda soy elegible y cómo se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

SERVICIOS PARA ADULTOS					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
la pagaría.					
Sé que puedo llamar a la oficina para personas con discapacidades en Milwaukee si necesito ayuda para pagar dichos servicios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He solicitado los servicios de apoyo a largo plazo del Condado de Milwaukee 6 meses antes de cumplir 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé qué programas de servicios diurnos estarán disponibles después de cumplir 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fui al recorrido de Goodwill Industries o Curative.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FINANZAS					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Sé abrir una cuenta bancaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé manejar el dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé del fondo de fideicomiso para necesidades especiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo qué significa tener un tutor legal para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé solicitar el seguro social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mis padres han solicitado la tutoría legal seis meses antes de que yo cumpla 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se ha tratado el tema de los poderes para la atención médica y las finanzas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se han tratado los asuntos del fondo de fideicomiso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo qué significan la seguridad de ingreso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FINANZAS					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y la seguridad de ingreso suplementario adicional (SSI-E, por sus siglas en inglés) para mí.					
Entiendo que tengo que solicitar la SSI-E antes de la SSI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He solicitado la seguridad de ingreso suplementario (SSI) y la renuncia a los programas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé qué compañía de seguro médico tengo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo cómo comunicarme con ésta para pedir una referencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Siempre llevo conmigo la tarjeta de seguro médico y otra información importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EDUCACIÓN					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Entiendo cómo mi discapacidad afecta a mi habilidad de aprendizaje.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Participo en las reuniones de mi plan educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tengo buenas habilidades de estudio y buen manejo del tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EDUCACIÓN					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Puedo decirles a mis maestros lo que necesito o quiero aprender.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cuáles servicios debo recibir a través de la escuela para ayudarme con la transición a una vida adulta, por ejemplo, el IEP y el 504.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé cómo pedir un informe de evaluación o terapia actual a la escuela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estoy juntando información acerca de mis opciones educativas después de terminar la secundaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He asistido a las ferias universitarias o a los recorridos en el campus de una universidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé qué documentos necesito completar antes de comenzar los estudios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé tomar los exámenes SAT y ACT. Sé pedir ayuda especial para hacer el examen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Puedo hablar de lo que necesito para tener éxito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Me he comunicado con la oficina de servicios para incapacitados en la universidad a la que voy a asistir. Les he informado sobre mis necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He pedido una evaluación psicológica actualizada antes de asistir a la universidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo cómo solicitar el ingreso a la universidad a principios de mi último año en la escuela secundaria. Sé que debo incluir cartas de recomendación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Me he comunicado con el consejero en la secundaria para pedir ayuda para solicitar el ingreso a la universidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo cómo solicitar ayuda financiera y becas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Me he comunicado con el consejero en el departamento de rehabilitación vocacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EMPLEO					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
He tenido la oportunidad de ver a otras personas en su trabajo, como a mis familiares y amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He pensado en posibles carreras y he buscado información sobre estas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He hablado con otros adultos sobre lo que hacen en el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He recorrido empresas para ver qué tipo de trabajos ofrecen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sé comunicarme con un representante de consejería de rehabilitación vocacional para aprender sobre los servicios disponibles a través del departamento de rehabilitación vocacional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He tomado clases en mi escuela secundaria sobre las carreras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He pedido ayuda para buscar trabajo en mi escuela secundaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He tomado exámenes en mi escuela secundaria para averiguar qué tipo de carreras pueden ser mejores para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He asistido a un programa de empleo en mi escuela secundaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He hecho voluntariado o me han pagado por un trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
He completado un historial laboral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conozco gente y organizaciones en la comunidad que me pueden ayudar. Sé cómo comunicarme con ellos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Puedo redactar un currículum y completar una solicitud de empleo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TRANSPORTE					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Sé cómo iré de un lugar a otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Me pongo en contacto con la compañía de transporte para arreglar el viaje a mis citas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

RECREACIÓN					
	Visita inicial - _____			Acción	Fecha en que lo logró
	Lo hago	Me gustaría recibir ayuda	No procede		
Participo en actividades de descanso y diversión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Participo en actividades que me mantienen en forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Participo en actividades con un grupo de amigos o compañeros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Participo en actividades tranquilas que me permitan darme tiempo para mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiendo el uso seguro de las computadoras y los teléfonos móviles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Invito a mis amigos a que vengan a mi hogar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asisto a los eventos sociales de la escuela o del trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Me he unido a un grupo social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asisto a un lugar de culto u oración.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



PATIENT LABEL

Otras necesidades que tengo consisten en:

---

---

---

Seguimiento en los pasos de acción y la fecha: \_\_\_\_\_:

---

---

---

Seguimiento en los pasos de acción y la fecha: \_\_\_\_\_:

---

---

---

Seguimiento en los pasos de acción y la fecha: \_\_\_\_\_:

---

---

---

Seguimiento en los pasos de acción y la fecha: \_\_\_\_\_:

---

---

---



PATIENT LABEL

Seguimiento en los pasos de acción y la fecha: \_\_\_\_\_:

---

---

---

Seguimiento en los pasos de acción y la fecha: \_\_\_\_\_:

---

---

---