

Lista de verificación para la transición
Estudiante

- Joven
 Padre o tutor
 Otro

	ATENCIÓN DE SALUD				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Visita inicial - Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Manejo de la enfermedad médica						
Capaz de describir la enfermedad médica o discapacidad. Identifica cambios o síntomas causados por la enfermedad. Reconoce cómo la enfermedad afecta la vida diaria.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Sabe cómo tener acceso a la información sobre la enfermedad médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atiende la enfermedad médica independientemente en casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Programa y lleva un registro de sus citas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mantiene una lista de proveedores de atención de salud y sus números telefónicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe cómo tener acceso a su historial médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Llama al médico o enfermera cuando tiene problemas o necesita dar un reporte de su progreso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe a quién llamar en una emergencia y lleva consigo el número.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sigue el plan de atención recomendado por el doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tiene una copia de un resumen de la información médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiende los conceptos básicos de nutrición.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ATENCIÓN DE SALUD						
	Recibió información	Visita inicial -			Medida de acción	Fecha en que se logró
		Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Entiende los peligros de fumar, tomar alcohol y consumir otras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entiende la sexualidad, embarazo y métodos anticonceptivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo de los medicamentos						
Sabe el nombre y propósito de los medicamento(s). Sabe cómo y cuándo tomarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Toma el medicamento(s) independientemente sin ayuda de un padre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe cómo resurtir los medicamentos sin los padres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Llama al médico o enfermera cuando necesita resurtir recetas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Manejo del equipo y materiales			<input type="checkbox"/>			
Sabe cómo cuidar el equipo especial y los materiales necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe cómo ordenar materiales médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Toma de decisiones de adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Escribe preguntas para el doctor o enfermera antes de una cita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Habla con el doctor o enfermera durante o parte de la cita sin estar el padre presente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha hablado con el doctor o enfermera sobre médicos potenciales para adultos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Está informado sobre tener una directiva anticipada o un poder notarial para la atención médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Puede hablar por sí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe sobre el formulario que tiene que firmar que permitirá a los doctores hablar con sus padres después de los 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
El cuidador ha solicitado la tutela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ATENCIÓN DE SALUD

	Recibió información	Visita inicial - _____			Medida de acción	Fecha en que se logró
		Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		

SERVICIOS PARA ADULTOS

	Recibió información	Necesita ayuda	Visita inicial - _____		Medida de acción	Fecha en que se logró
			Lo puede hacer	No aplica		
Sabe qué agencias comunitarias pueden apoyar al paciente como adulto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe qué servicios de enfermería necesitará y cómo obtenerlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe qué tecnología de asistencia necesita y cómo obtenerla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha solicitado Family Care o IRIS en el Centro de Recursos para Ancianos y Discapacitados (ADRC, por sus siglas en inglés) 6 meses antes de cumplir 18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe qué Programas de servicios diurnos estarán disponibles después de los 18 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se han resuelto los problemas relacionados con el poder notarial para la atención médica y finanzas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

FINANZAS						
	Visita inicial - _____				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Sabe cómo manejar el dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe sobre los fondos fiduciarios para necesidades especiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe lo que significa tener un tutor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha solicitado los programas de la Administración de Seguro Social y programas de exención.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Siempre tiene su tarjeta de seguro y otra información importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Está familiarizado con los copagos, deducibles y red de proveedores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe cómo tener acceso a la información adicional sobre la cobertura de seguro médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe cómo tener acceso a la información para extender el seguro más allá de los 26 años, para un adulto con discapacidades, a través del plan de salud del empleador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe cómo tener acceso a la asesoría y asistencia financiera de CHW & MCW.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EDUCACIÓN						
	Visita inicial - _____				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Participa en las reuniones del Plan Educativo Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EDUCACIÓN						
	Visita inicial - _____				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Sabe qué servicios debe recibir a través de la escuela (p.ej. IEP, 504) que lo ayudarán en la transición a la vida adulta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Está reuniendo información sobre las opciones educativas después de la escuela secundaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe que debe tomar el SAT o ACT. Sabe cómo pedir ayuda especial para tomar el examen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se ha puesto en contacto con la oficina de Servicios para discapacitados en la universidad a la que planea asistir. Ha hablado con ellos sobre sus necesidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha solicitado una evaluación psicológica actualizada antes de asistir a la universidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se ha puesto en contacto con un consejero de la División de Rehabilitación Vocacional (DVR, por sus siglas en inglés).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EMPLEO						
	Visita inicial - _____				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Ha pensado en posibles carreras y ha buscado información sobre esas carreras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe cómo ponerse en contacto con un representante de la División de Rehabilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

EMPLEO						
	Visita inicial - _____				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Vocacional para averiguar qué servicios están disponibles a través de esta división.						
Ha tomado exámenes en la escuela secundaria para averiguar qué carreras podrían ser las mejores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha trabajado como voluntario o con paga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ha completado una experiencia laboral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Puede escribir un currículum vitae y llenar una solicitud de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Posee la habilidad de participar en las tareas domésticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Actualmente está empleado o está buscando trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sabe sobre el programa Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) y para qué es.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TRANSPORTE						
	Visita inicial - _____				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Sabe cómo llegar de un lugar a otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Se comunica con la compañía de transportes para que lo lleven a sus citas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Planea obtener o tiene una licencia de conducir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

TIEMPO LIBRE						
	Visita inicial - _____				Medida de acción	Fecha en que se logró
	Recibió información	Necesita ayuda	Lo puede hacer	No aplica		
Participa en actividades recreativas y de entretenimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Participa en actividades con un grupo de amigos o compañeros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Invita amigos a su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asiste a los actos sociales de la escuela o el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Otras necesidades