

Transición de la Salud en Nuevo México

Cuestionario de la Transición Juvenil- “C”

Este cuestionario le ayudará a prepararse para el futuro. Algunas de estas preguntas no están relacionadas con Ud. Por favor conteste las que están relacionadas con usted. Gracias

Nombre del/ de la Joven Fecha Número de CMS
 Fecha de Nacimiento: _____ Código Postal: _____

Condición de Salud/ Diagnósis: _____

Cuestionario hecho por: El/ La Joven El/ La Joven y Padres de Familia/ Tutor

Salud/ Médica

1.

Conocimiento y manejo de la condición de salud (marque lo apropiado)	Siempre (Sí)	Algunas Veces	Nunca (No)	No se aplica
¿Puede Ud. describir sus problemas de salud?				
¿Tiene Ud. un Médico de Cuidado Primario (PCP) a quien Ud. visita regularmente?				
¿Su Médico de Cuidado Primario habla/ ha hablado sobre su condición médica con Ud.?				
¿Se prepara y le hace preguntas Ud. a doctores, enfermeras y terapeutas?				
¿Sabe a que edad Ud. va a dejar de ver a su proveedor de cuidado de la salud?				
¿Ha trabajado con usted su proveedor del cuidado de la salud para crear un plan escrito para cumplir sus metas y necesidades de salud?				
¿Le ha asistido su proveedor del cuidado de la salud en identificar un nuevo proveedor (incluyendo especialistas) al cual ser transferido?				
¿ Ud. maneja sus necesidades de tratamientos diarios?				
¿ Alguien ha hablado con usted sobre su medicamento?				
¿ Entiende Ud. lo que el medicamento hace por/ para usted?				
¿ Puede Ud. obtener el medicamento, provisiones, equipo, y terapias necesarias?				
¿ Entiende Ud. la información del laboratorio y los análisis médicos que le han hecho?				
¿ Sus necesidades médicas son satisfactorias?				
¿ Sabe Ud. su tipo de sangre, alergias, etc., y lleva la información consigo?				
¿ Sabe Ud. cuando reemplazar equipo médico o provisiones?				
¿Usa usted drogas ilegales, o alcohol como cerveza, vino u otro licor?				
¿Tiene usted un Doctor Especialista a quien Ud. visita regularmente?				
¿ Usa Ud. una pulsera o collar de alerta médica?				
¿ Le ha hablado alguien sobre como la condición de su salud va a afectar su desarrollo sexual y tener hijos?				
¿ Le ha hablado alguien sobre enfermedades que uno puede contraer por tener relaciones sexuales?				

Transición de la Salud en Nuevo México

Cuestionario de la Transición Juvenil– “C”

¿ Entiende Ud. como prevenir el embarazo?				
Mujeres Solamente: ¿Ud. se examina por nódulos en los senos una vez al mes?				
Varones Solamente: ¿Se examina por nódulos en los testículos una vez al mes?				
Mi Salud	Se esto	Necesi to aprend er esto	Alguien necesita hacer esto... ¿quién?	
Conozco mis síntomas incluyendo aquellos en los que tengo que ver al doctor de inmediato				
Conozco mis alergias a medicamentos y las medicinas que no debo tomar				
Entiendo cómo cambia la privacidad del cuidado de la salud a los 18 años cuando legalmente me convierto en un adulto				
Le puedo explicar a otros cómo mis costumbres y creencias afectan mis decisiones en el cuidado de mi salud y mi tratamiento médico				
Utilizando el Cuidado de la Salud				
Yo sé o puedo encontrar el número de teléfono de mi doctor				
Yo sé que tengo que llegar 15 minutos antes de la hora de mi cita para registrarme				
Yo sé a dónde ir para recibir cuidado médico cuando la oficina del doctor está cerrada				
Yo sé cómo llenar los formularios médicos				
Yo sé cómo obtener referencias para otros proveedores				
Tengo un plan para mantener mi seguro médico después de cumplir 18 años				
Mi familia y yo hemos hablado sobre mi habilidad de hacer mis propias decisiones de salud después de que cumpla 18 años				

Vida Diaria

2. Esta es una lista de actividades diarias. Por favor marque lo que hace.

Actividad	Marque aquí
Pasar tiempo con la familia	
Pasar tiempo con amigos	
Ir a comprar la comida	
Ir a la iglesia	
Ir a eventos deportivos, películas, conciertos	
Jugar deportes o trabajar con grupos de deportes	
Tocar instrumentos musicales/ hacer cosas artísticas	
Hacer pasatiempos (leer, coser, etc.)	
Usar tabaco (fumar/ masticar)	
Hacer ejercicio	
Usar drogas/ alcohol	
Manejar un automóvil	
Hacer trabajos en casa (lavar ropa, cocinar, limpiar)	
Manejar mi propio dinero	
Usar la biblioteca	

Transición de la Salud en Nuevo México
Cuestionario de la Transición Juvenil- “C”

Otros: (por favor describa):	
------------------------------	--

3. ¿Hace las siguientes actividades solo(a), con ayuda o asistencia completa?	Solo(a)	Con Ayuda	Asistencia Completa
Caminar o moverse <input type="checkbox"/> usar silla de ruedas <input type="checkbox"/>			
Moverse (como de la silla a un banco)			
Comunicarse y hablar			
Escribir			
Cuidado personal (bañarse, vestirse, ...)			
Cuidado para sus necesidades de la salud diaria			
Usar equipo especial no uso nada <input type="checkbox"/>			
Tomar medicamento no tomo nada <input type="checkbox"/>			
Saber cuando está saludable o se va a enfermar			
Saber como tener acceso a servicios en la comunidad			
Usar transporte público (camión) no está disponible en el área <input type="checkbox"/>			
Otros: (por favor díganos)			

Transición de la Salud en Nuevo México

Cuestionario de la Transición Juvenil- “C”

Empleo/ Educación/ Entrenamiento Por favor conteste sí o no y llene los espacios necesarios.

4.	¿Quién le ha hablado a Ud. acerca de su futuro, tal como : obtener un trabajo, entrenamiento para un trabajo, la universidad, etc.? Por favor, marque todos los que se aplican.			
	Entrenamiento de Trabajo/ universidad, vocacional, aprendiz	Conseguir un empleo	Obtener cuidado médico apropiado para mi edad	Vivir solo(a)
	Miembro(s) de familia			
	Escuela			
	Proveedores de Cuidado Médico			
	DVR (Departamento de rehabilitación vocacional)			
	CMS (Servicios Médicos para Niños)			
	Amigos/ Personas en la comunidad (clubes, vecinos)			
	Organizaciones de ayuda como Caridades Católicas)			
	Otros (Por favor mencione)			
5.	¿ Usted participa en su Plan de Educación Individual (IEP) y/o en el Plan 504?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6.	¿ Está en la escuela o en un programa de entrenamiento?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿ Usted recibe los servicios recomendados?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.	¿Cuál es su último grado, año de universidad o entrenamiento que Ud. terminó?			
	<input type="checkbox"/> Secundaria/ Preparatoria	<input type="checkbox"/> Grado	<input type="checkbox"/> Universi- dad	Año
	<input type="checkbox"/> Otro (por favor menciónelo)			
8.	¿ Tiene planes para continuar con la escuela y/o el entrenamiento en los pocos años venideros?			
	<input type="checkbox"/> Sí, por favor mencione:			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé
9.	¿ Trabaja actualmente (incluyendo trabajo voluntario)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
10.	¿ Necesita alguna ayuda especial en el trabajo?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si dice que sí, ¿cuál es?			

Transición de la Salud en Nuevo México
Cuestionario de la Transición Juvenil- "C"

Arreglos de Vivienda

11. ¿Dónde planea vivir de adulto?
 a. Rentar casa/ departamento b. Con padres/ familiares c. Con esposa(o)
 d. Compra de casa/ departamento e. Con amigos f. Casa/ departamento con apoyo
 g. Otro (díganos, por favor) _____
-
12. ¿Que clase de ayuda necesitaría para vivir donde Ud. quiere?
 a. Ninguna b. Financiera c. Asistencia/ ayuda personal
 d. Transporte e. Esposo(a)/amigo(a) f. Equipo para la casa
 g. Otro (díganos, por favor) _____

Transporte

13. ¿Qué clase de transporte usa/ planea usar para trasladarse en la comunidad?
 a. Automóvil propio b. Automóvil de la familia c. Amigos/ familia
 d. Camión de pasajeros e. Caminar f. Taxi
 g. Manejar en grupos h. Otro (díganos, por favor) _____

Recreación/ Relaciones Sociales

14. ¿Qué clase de ayuda necesita para participar en actividades sociales?
 a. Amigos/ compañía b. Aparatos/ equipos especiales c. Transporte especiales
 d. Otro (díganos, por favor): _____
15. ¿Es usted miembro de algún grupo como el Club de Niños/ Niñas o grupo de ayuda como Adultos Jóvenes con Diabetes o un grupo de la iglesia? Sí No
 Por favor mencione:
16. ¿Quiere usted información de grupos con los cuales Ud. se podría involucrar? Sí No

17. Emergencias (Marque lo apropiado)	Siempre (Sí)	Algunas veces	Nunca (No)	No se aplica
¿Sabe Ud. a quien llamar cuando tiene una emergencia médica?				
¿Lleva Ud. estos números de teléfono consigo?				
¿Tiene Ud. un teléfono para usar en caso de una emergencia?				
¿Tiene Ud. números de teléfono de amigos y familia para llamar en una emergencia?				
¿Sabe Ud. donde está el hospital más cercano?				
¿Ha Ud. hecho la solicitud para programas especiales en la compañía de servicios (agua, luz, teléfono)?				

Transición de la Salud en Nuevo México
Cuestionario de la Transición Juvenil– “C”

20.	Mantenimiento de información (Marque lo apropiado)	Siempre (Sí)	Algunas veces	Nunca (No)	No se aplica
	¿Consigue Ud. copias de su información médica y de salud?				
	¿ Hace Ud. sus propias citas médicas con el doctor/ el dentista?				
	¿ Lleva Ud. su tarjeta del seguro y/o una copia de ella consigo?				

21.	Dental y Vista (Marque lo apropiado)	Siempre (Sí)	Algunas veces	Nunca (No)
	¿ Tiene Ud, un chequeo dental por lo menos una vez al año?			
	¿ Ud. se cepilla los dientes y usa el hilo dental diariamente?			
	¿ Tiene Ud. un examen de la vista por lo menos cada dos años?			

Preguntas Finales

¿Qué es lo que más le ayudaría en su futuro?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entrenamiento de trabajo | <input type="checkbox"/> Recreación en la comunidad | <input type="checkbox"/> Consejería |
| <input type="checkbox"/> Educación en la universidad | <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Grupos de asistencia |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico | <input type="checkbox"/> Tener trabajo | <input type="checkbox"/> Manejar dinero |
| <input type="checkbox"/> Modificar el automóvil | <input type="checkbox"/> Licencia para manejar | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de vida | <input type="checkbox"/> Servicios médicos | |
| <input type="checkbox"/> Otro (haga una lista) _____ | | |

Su trabajadora social de CMS hablará con usted de este cuestionario

Si este cuestionario le ha traído preguntas o inquietud, por favor comuníquese con su trabajador (a) social de CMS

_____ en _____.