



Sample Transition Readiness Assessment for Youth

Six Core Elements of Health Care Transition 2.0

Please fill out this form to help us see what you already know about your health and how to use health care and the areas that you need to learn more about. If you need help completing this form, please ask your parent/caregiver.

Date:

Name:

Date of Birth:

Transition Importance and Confidence

On a scale of 0 to 10, please circle the number that best describes how you feel right now.

How important is it to you to prepare for/change to an adult doctor before age 22?

0 (not)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (very)
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

How confident do you feel about your ability to prepare for/change to an adult doctor?

0 (not)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (very)
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

My Health

Please check the box that applies to you right now.

Yes, I know this

I need to learn

Someone needs to do this... Who?

I know my medical needs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I can explain my medical needs to others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know my symptoms including ones that I quickly need to see a doctor for.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know what to do in case I have a medical emergency.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know my own medicines, what they are for, and when I need to take them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know my allergies to medicines and medicines I should not take.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I carry important health information with me every day (e.g. insurance card, allergies, medications, emergency contact information, medical summary).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I understand how health care privacy changes at age 18 when legally an adult.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I can explain to others how my customs and beliefs affect my health care decisions and medical treatment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Using Health Care

I know or I can find my doctor's phone number.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I make my own doctor appointments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Before a visit, I think about questions to ask.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have a way to get to my doctor's office.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know to show up 15 minutes before the visit to check in.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know where to go to get medical care when the doctor's office is closed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have a file at home for my medical information.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have a copy of my current plan of care.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know how to fill out medical forms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know how to get referrals to other providers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know where my pharmacy is and how to refill my medicines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I know where to get blood work or x-rays if my doctor orders them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I have a plan so I can keep my health insurance after 18 or older.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My family and I have discussed my ability to make my own health care decisions at age 18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Ejemplo de la evaluación del nivel de preparación para la transición

Para el joven

Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0

Por favor, sírvase llenar este formulario para ayudarnos a entender lo que usted sabe sobre su salud y sobre cómo utilizar la atención médica, así como los aspectos sobre los cuales debe aprender más. Si necesita ayuda para llenar el formulario, por favor, solicite la ayuda de los padres/guardián.

Fecha: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Importancia y confianza con respecto a la transición *En una escala de 0 a 10, sírvase marcar con un círculo el número que describa mejor cómo se siente usted en este momento.*

¿Qué tan importante es para usted prepararse para cambiar a un médico de adultos antes de los 22 años de edad?

0 (no es)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (muy)
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

¿Qué tan seguro se siente usted en cuanto a su capacidad de prepararse/cambiar a un médico de adultos?

0 (no)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (muy)
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

Mi salud	<i>Sírvase marcar el recuadro que se aplica a usted en este momento</i>	<i>Si, lo sé</i>	<i>Debo aprender</i>	<i>Alguien tiene que hacerlo... ¿quién?</i>
Conozco mis necesidades médicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo explicar mis necesidades médicas a otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis síntomas, incluso aquéllos que requieren atención médica inmediata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé qué hacer en caso de una emergencia médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis medicamentos, sé para qué son y cuándo debo tomarlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conozco mis alergias a medicamentos y sé cuáles medicamentos no debo tomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llevo conmigo la información importante relacionada con mi salud en todo momento (por ejemplo, tarjeta de seguro médico, información sobre alergias, medicamentos, información sobre contactos de emergencia, resumen médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo cómo la confidencialidad médica cambia a los 18 años cuando soy legalmente un adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo explicar cómo mis costumbres y creencias afectan las decisiones sobre mi salud y mis tratamientos médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de servicios médicos				
Conozco el número de teléfono de mi médico o lo puedo encontrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago mis propias citas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de la cita médica, pienso en las preguntas que voy a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una forma para llegar a la oficina de mi médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé que debo presentarme 15 minutos antes de la cita para registrarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde ir para recibir atención médica cuando el consultorio médico está cerrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En mi casa tengo una carpeta con mi información médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo una copia de mi plan médico actualizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo llenar los formularios médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé cómo obtener recomendaciones para otros médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde está mi farmacia y cómo pedir la repetición de mis medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sé dónde puedo hacerme análisis de sangre o radiografías si el médico lo solicita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un plan para mantener mi seguro médico después de los 18 años y en adelante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi familia y yo hemos hablado sobre mi capacidad de tomar mis propias decisiones sobre salud a los 18 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Sample Transition Readiness Assessment for Parents/Caregivers

Six Core Elements of Health Care Transition 2.0

Please fill out this form to help us see what your child already knows about his or her health and the areas that you think he/she needs to learn more about. After you complete the form, compare your answers with the form your child has complete. Your answers may be different. We will help you work on some steps to increase your child's health care skills.

Date:

Name:

Date of Birth:

Transition Importance and Confidence

On a scale of 0 to 10, please circle the number that best describes how you feel right now.

How important is it for your child to prepare for/change to an adult doctor before age 22?

0 (not)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (very)
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

How confident do you feel about your child's ability to prepare for/change to an adult doctor?

0 (not)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (very)
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

My Health

Please check the box that applies to your child right now.

Yes, he/she knows this

He/she needs to learn

Someone needs to do this... Who?

My child knows his/her medical needs.

My child can explain his/her medical needs to others.

My child knows his/her symptoms including ones that he/she quickly needs to see a doctor for.

My child knows what to do in case he/she has a medical emergency.

My child knows his/her own medicines, what they are for, and when he/she needs to take them.

My child knows his/her allergies to medicines and medicines he/she should not take.

My child carries important health information with him/her every day (e.g. insurance card, allergies, medications, emergency contact information, medical summary).

My child knows he/she can see a doctor alone as I wait in the waiting room.

My child understands how health care privacy changes at age 18.

My child can explain to others how his/her customs and beliefs affect health care decisions and medical treatment.

Using Health Care

My child knows or can find his/her doctor's phone number.

My child makes his/her own doctor appointments.

Before a visit, my child thinks about questions to ask.

My child has a way to get to his/her doctor's office.

My child knows to show up 15 minutes before the visit to check in.

My child knows where to go to get medical care when the doctor's office is closed.

My child has a file at home for his/her medical information.

My child has a copy of his/her current plan of care.

My child knows how to fill out medical forms.

My child knows how to get referrals to other providers.

My child knows where his/her pharmacy is and how to refill his/her medicines.

My child knows where to get blood work or x-rays if his/her doctor orders them.

My child has a plan to keep his/her health insurance after ages 18 or older.

My child and I have discussed his/her ability to make his/her own health care decisions at age 18.

My child and I have discussed a plan for supported decision-making, if needed.



Ejemplo de la evaluación del nivel de preparación para la transición

Para los padres/guardianes

Los seis elementos esenciales para la transición de los cuidados médicos del paciente 2.0

Por favor, sírvase llenar este formulario para ayudarnos a entender lo que su hijo/a sabe sobre su salud y los aspectos en los cuales usted considera que él/ella necesita aprender más. Después de llenar este formulario, compare sus respuestas con el formulario que respondió su hijo/a. Sus respuestas pueden ser diferentes. Los ayudaremos a encontrar maneras de mejorar las habilidades de su hijo/a con respecto al cuidado propio de su salud.

Fecha:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Importancia y confianza respecto a la transición

En una escala de 0 a 10, sírvase marcar con un círculo el número que describa mejor cómo se siente usted en este momento.

¿Qué tan importante es para su hijo/a prepararse/cambiar a un médico de adultos antes de los 22 años de edad?

0 (no es)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (muy)
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

¿Qué tan seguro se siente usted sobre la capacidad de su hijo/a de prepararse/cambiar para un médico de adultos?

0 (no)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (muy)
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

La salud de mi hijo/a

Sírvase marcar el recuadro que se aplica a usted en este momento

Sí, él/ella lo sabe

Él/ella debe aprender

Alguien debe hacerlo... ¿Quién?

Mi hijo/a conoce sus necesidades médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a puede explicar sus necesidades médicas a otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce sus síntomas, incluidos aquéllos que requieren atención médica inmediata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe qué hacer en caso de que él/ella tenga una emergencia médica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce sus medicamentos, para qué son y cuándo él/ella debe tomarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a conoce sus alergias a medicamentos y los medicamentos que él/ella no debe tomar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a lleva la información de salud consigo en todo momento (por ejemplo, tarjeta de seguro, alergias, medicamentos, información sobre contactos de emergencia, resumen médico).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe que él/ella puede ver a un médico sólo/a mientras yo espero en la sala de espera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a entiende cómo la confidencialidad en la atención médica cambia a los 18 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a puede explicar cómo sus costumbres y creencias afectan las decisiones sobre los cuidados de salud y los tratamientos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uso de los servicios médicos

Mi hijo/a sabe o puede encontrar el número de teléfono de su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a hace sus propias citas médicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de una cita, mi hijo/a piensa en preguntas para hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene una forma de llegar al consultorio pediátrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe que debe estar 15 minutos antes de la visita médica para registrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe dónde ir para obtener atención médica cuando el consultorio pediátrico está cerrado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene una carpeta con su información médica en la casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene una copia de su plan de atención médica actualizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo llenar formularios médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe cómo obtener recomendaciones para otros médicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe dónde está su farmacia y cómo pedir la repetición de sus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a sabe dónde hacerse exámenes de sangre o radiografías si el médico lo solicita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene un plan para mantener su seguro médico a partir de los 18 años de edad y en adelante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a y yo hemos hablado sobre su capacidad de decidir acerca de su salud a los 18 años de edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo/a y yo hemos hablado sobre un plan para tomar decisiones con apoyo, si fuera necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>