

If the patient is unable to physically complete this questionnaire,
please answer the following questions based upon the patients own ability to perform or direct these tasks.
*Si el paciente no puede completar este cuestionario por sí mismo,
responda las siguientes preguntas basándose en la habilidad del paciente para realizar o dirigir estas actividades.*

Patient Name / MR#: _____

Date: _____

Nombre del paciente / Número de expediente médico: _____

Fecha: _____

Section 1 - Knowledge (For each of the following statements select the answer that best describes you:)		Yes! I can do this	I am learning how to do this	I want to learn how to do this	Someone else will have to do this. Who?	Not applicable
Sección 1 - Conocimiento (Selecciona la respuesta que te describe mejor de acuerdo a cada una de las oraciones)		¡Sí! Puedo hacerlo	Estoy aprendiendo a hacer esto	Quiero aprender a hacer esto	Otra persona tendrá que hacer esto. ¿Quién?	No corresponde
1.	I can describe my medical problem. Puedo explicar mi problema médico.					
2.	I can list my medical history. Sé mi historial médico.					
3.	I can talk about how my medical problem could affect my sex life Sé cómo mi problema médico podría afectar mi vida sexual.					
4.	I can talk about how alcohol, drugs or cigarettes could affect my medical problem Sé cómo el alcohol, las drogas o los cigarrillos podrían afectar mi problema médico.					
5.	I can tell someone what health insurance plan I have. Sé el tipo de seguro médico que tengo.					
6.	I can list my medications. Puedo hacer una lista de mis medicamentos.					
7.	I can tell someone how my medications work. Sé para qué son mis medicamentos.					
Section 2 - Skill (For each of the following statements select the answer that best describes you:)		Yes! I can do this	I am learning how to do this	I want to learn how to do this	Someone else will have to do this. Who?	Not applicable
Sección 2 - Habilidades (Selecciona la respuesta que te describe mejor de acuerdo a cada una de las oraciones)		¡Sí! Puedo hacerlo	Estoy aprendiendo a hacer esto	Quiero aprender a hacer esto	Otra persona tendrá que hacer esto. ¿Quién?	No corresponde
1.	I refill my prescriptions by myself. Hago el surtido de mis medicamentos por mí mismo.					
2.	I take my prescriptions by myself. Tomo mis medicamentos por mí mismo.					
3.	I can get to my doctor appointments on my own. Puedo ir a mis citas médicas por mí mismo.					
4.	I talk with my doctor by myself. Hablo con el médico a solas.					
5.	I keep a list of my medical problems. Tengo una lista de mis problemas médicos.					
6.	I can recognize an emergency for my health problem. Puedo reconocer una emergencia debido a mi condición de salud.					
7.	I carry my health insurance card every day. Llevo conmigo mi tarjeta del seguro médico todos los días.					

Section 3 - Transition Importance and Confidence
(On a scale of 0-10, please circle the number that best describes how you feel right now.)

Sección 3 - Confianza e importancia de la transición
(En una escala del 0 al 10, encierra en un círculo el número que mejor describa cómo te sientes en este momento).

1. How important is it to you to prepare for/change to an adult doctor before age 22?
 ¿Qué tan importante es para ti prepararte y/o cambiar a un doctor para adultos antes de cumplir 22 años?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. How confident do you feel about your ability to prepare for/change to an adult doctor?
 ¿Qué tan seguro te sientes de tu capacidad para prepararte y/o cambiarte a un doctor para adultos?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Goals
 Please pick one or more goals to work on during the next year.
Objetivos
 Por favor, identifica uno o más objetivos en los que deseas trabajar durante el próximo año.

1. 3-Sentence Summary - create to describe my medical problems to review with my providers.
 Resumen de 3 frases - crear uno para describir mis problemas médicos y revisarlos con mis proveedores.
2. Medical History and Condition - be able to describe my medical condition and care I have needed.
 Historial médico y condición - poder describir mis condiciones médicas y cuidados que he necesitado.
3. Medications - provide a list to any outside providers, school nurse and college campus health clinic.
 Medicamentos - proporcionar una lista a todos los proveedores externos, la enfermera de la escuela y la clínica de salud del campus
4. Alcohol, drugs, and Tobacco - explain how these could affect my medical problem.
 Alcohol, drogas y tabaco - explicar cómo estos productos pueden afectar mi problema médico.
5. Emergency Care and Asking for Help - knowing when to ask for help when I have medical problems.
 Atención de emergencia y pedir ayuda - saber en qué momento pedir ayuda cuando tenga problemas médicos.
6. Contact Information/Insurance - keep insurance card and list of medical providers in phone/wallet.
 Información de contacto/seguro médico - tener mi tarjeta del seguro médico y la lista de mis proveedores médicos en mi teléfono celular y/o cartera.
7. My Health Passport - create and keep a copy in my wallet or copy it to my cell phone
 Mi pasaporte de salud - crear y tener una copia en mi cartera o copiarlo en mi teléfono celular.
8. Patient Portal - enroll in and explore
 Portal del paciente - inscribirme y explorarlo.
9. Guardianship Options - work with agencies and a lawyer to establish limited or full guardianship at age 18.
 Opciones de Tutela Legal - trabajar con un abogado y agencias para poder establecer la tutela legal limitada o completa cuando tenga 18 años.
10. Adult Provider - work with team to find and contact a new adult provider.
 Proveedor para Adultos - trabajar con el equipo para encontrar y ponerme en contacto con un nuevo doctor para adultos.

In the space below, please include any comments or questions.
 Escribe en el siguiente espacio alguna pregunta o comentario que tengas.

Today's Provider: _____
Proveedor que lo atendió hoy:
Name of Clinic: _____
Nombre de la clínica:
Primary Care Provider: _____
Médico de cabecera:

- Downtime Instructions:**
1. Ask patient to complete this form.
 2. Discuss the results with patient & parent.
 3. Set goals with patient & parent
 4. Keep a copy until Cerner is active again.
 5. Enter pt. answers into the Clinical Web Form - "Transition Patient Evaluation" form