

LISTA DE CONTROL DE LAS TRANSICIONES

Adultos jóvenes con trastornos neurológicos

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Diagnóstico primario: _____

Complejidad de la transición: (Baja, moderada o alta)

Política de transición

Política de practica sobre la transición discutida/compartida con el joven y el padre cuidador. Fecha: _____

Evaluación de la preparación para la transición

Se efectuó una evaluación de la preparación para la transición. Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

Se incluyeron metas de transición y acciones prioritarias en el plan de cuidados.

Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

Resumen médico y plan de emergencia

Resumen médico y plan de emergencia actualizados y compartidos.

Fecha: _____ Fecha: _____ Fecha: _____

Modelo de cuidado para adultos

La toma de decisiones, la privacidad y el consentimiento para el cuidado de un adulto se analizan con los jóvenes y con el padre/cuidador.

De ser necesario, se deben analizar los planes para la toma de decisiones. Fecha: _____

El momento de la transferencia se estudió con el joven y el padre/cuidador. Fecha: _____

Proveedor adulto seleccionado; Fecha: _____ Nombre del proveedor e información de contacto: _____

Primera cita cumplida; Fecha: _____

Transferencia del cuidado

Se envió un paquete de transferencia que incluye lo siguiente. Fecha: _____

Carta de transferencia, que incluye la fecha de efectividad de la transferencia de cuidado a un proveedor adulto

Evaluación final de la preparación para la transición

Plan de cuidado que incluye las metas y las acciones.

Resumen médico actualizado y plan de cuidado de emergencia.

Documentos legales, si son necesarios.

Ficha de datos de la condición, si es necesaria.

Documentos adicionales del proveedor, si son necesarios.

Se le comunicó al proveedor del adulto sobre la transferencia. Fecha: _____

Se obtuvo la respuesta del adulto joven después de ser transferido del cuidado pediátrico. Fecha: _____