

|                       |  |               |             |  |
|-----------------------|--|---------------|-------------|--|
| Nombre Del Paciente   |  |               | Fecha       |  |
| # de Registro Medical |  | Transición ID | Institución |  |

## UNC Puntuación de T.R<sub>x</sub>A.N.S.I.C.I.O.N.™ Para los Padres:

**Instrucciones:** Lee la pregunta al padre, y marca la respuesta a la derecha que mejor describe la respuesta del padre. Suma las puntuaciones de cada sección en la hilera de "subtotal." Es posible que todas las preguntas no puedan ser aplicables a cada padre. Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables en cada sección para obtener la "proporción."

### Tipo de enfermedad crónica

|   |  | Si           | Un Poco    | No  |
|---|--|--------------|------------|-----|
| 1   | ¿Puede decirme el nombre del estado de salud de su hijo/a?                           | 1.0          | 0.5        | 0.0 |
| 2   | ¿Me puede describir los síntomas del estado de salud de su hijo/a?                   | 1.0          | 0.5        | 0.0 |
| 3   | ¿Puede decirme cómo esta condición puede afectar la salud de su hijo/a en el futuro? | 1.0          | 0.5        | 0.0 |
| <i>Suma las puntuaciones de esta sección</i>                    |  | Subtotal T   | _____ de 3 |     |
| <i>Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables</i> |  | Proporción T |            |     |

### R<sub>x</sub>: Recetas medicas

|   |   | >90% Correcto             | 51-90% correcto | <50% correcto |
|---|---|---------------------------|-----------------|---------------|
| [Si es posible, escribe las medicinas por antemano, escribe el numero de medicinas en total en la columna central (numero de meds) para cada pregunta en este sección.] |   |                           |                 |               |
|   | _____   | ---                       |                 | ---           |
|   | _____   |                           |                 |               |
|   | _____   |                           |                 |               |
| 4   | ¿Puede contarme los nombres de las medicinas, vitaminas, y/o suplementos que su hijo/a se supone tomar?                           | 1.0                       | 0.5             | 0.0           |
| 5   | ¿Puede contarme cuando su hijo/a se supone tomar [el nombre de cada medicina, vitamina, y suplemento que el paciente debe tomar]? | 1.0                       | 0.5             | 0.0           |
| 6   | ¿Puede contarme porque su hijo/a esta tomando [el nombre de cada medicina, vitamina, y suplemento que el paciente debe tomar]?    | 1.0                       | 0.5             | 0.0           |
| 7   | ¿Puede contarme lo que podría suceder a su hijo/a si el/ella dejó de tomar sus medicinas?   | 1.0                       | 0.5             | 0.0           |
| <i>Suma las puntuaciones "% Correcto" de esta sección</i>   |   | Subtotal R <sub>x</sub>   | _____ de 4      |               |
| <i>Divide el subtotal por el número de puntos posibles</i>  |   | Proporción R <sub>x</sub> |                 |               |

## Adherencia

|   |  | Si           | A Veces | No         |
|---|--|--------------|---------|------------|
| 8   | ¿En una semana típica, su hijo/a usualmente pierde un día completo de su medicina, ya sea porque el/ella olvidó tomarlos o no los quiso tomar? | 0.0          | 0.5     | 1.0        |
| 9   | ¿Su hijo/a usualmente tiene problemas recordando a tomar sus medicinas cada día?   | 0.0          | 0.5     | 1.0        |
| 10  | ¿Su hijo/a usualmente viene a sus citas medicas cuando están programados?  | 1.0          | 0.5     | 0.0        |
| <i>Suma las puntuaciones de esta sección</i>                    |  | Subtotal A   |         | _____ de 3 |
| <i>Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables</i> |  | Proporción A |         |            |

## Nutrición

|   |   | Si           | Un Poco | No               |     |
|---|---|--------------|---------|------------------|-----|
| 11  | ¿Al escoger alimentos y bebidas, su hijo/a lee las etiquetas nutricionales que hay en ellos para saber si sus elecciones son saludables?    | 1.0          | 0.5     | 0.0              |     |
| 12  | ¿Sabe que hay una dieta especial que su hijo/a se supone que siga a causa de su estado de salud?  | 1.0          | 0.5     | 0.0              |     |
| 13  | <i>[Si el paciente tiene una dieta especial]</i> Sabe ejemplos específicos de la comida o las bebidas que su hijo/a no puede comer o beber? | 1.0          | 0.5     | 0.0              | N/A |
| <i>Suma las puntuaciones de esta sección</i>                    |   | Subtotal N   |         | _____ de (2 o 3) |     |
| <i>Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables</i> |   | Proporción N |         |                  |     |

## ¿Sabe manejar su propia vida?

|    |   | Si  | A Veces | No  |
|----|---|-----|---------|-----|
| 14 | ¿Su hijo/a usualmente recuerde a tomar sus medicinas por su cuenta?   | 1.0 | 0.5     | 0.0 |
| 15 | ¿Alguien tiene que recordarle a su hijo/a que debe tomar sus medicinas?   | 0.0 | 0.5     | 1.0 |
| 16 | ¿Es su hijo/a la persona que llama a la farmacia para hacer sus propios recambios?  | 1.0 | 0.5     | 0.0 |
| 17 | ¿Su hijo/a usualmente recoge sus propios recambios de su farmacia?  | 1.0 | 0.5     | 0.0 |
| 18 | ¿Su hijo/a es la persona que llama o envía un correo electrónico a su médico cuando tiene una pregunta o necesita hablar con el/ella? | 1.0 | 0.5     | 0.0 |
| 19 | ¿Su hijo/a usualmente hace sus propias citas con su medico?   | 1.0 | 0.5     | 0.0 |

|  |  |              |     |                  |     |
|--|--|--------------|-----|------------------|-----|
| <b>20</b>  | [si el paciente tiene procedimientos médicos para realizar] ¿Su hijo/a es la persona que realiza sus procedimientos médicos cuando los necesiten? (cateterismo, inyecciones de insulina, etc.) | 1.0          | 0.5 | 0.0              | N/A |
| Suma las puntuaciones de esta sección                    |  | Subtotal S   |     | _____ de (6 o 7) |     |
| Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables |  | Proporción S |     |                  |     |

## Información sobre reproducción

**Nota:** Es posible que algunos pacientes sean demasiado joven para que las siguientes preguntas sean apropiados. La puntuación de estos pacientes debe ser 0, ya que estas son habilidades importantes que todavía no están obtenidos.

|  |  | Sabe la respuesta total       | Sabe parte de la respuesta | No sabe la respuesta     |     |
|--|--|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|-----|
| <b>21</b>  | ¿Sabe si el estado de salud de su hijo/a afectará su habilidad de:<br>[si es mujer] embarazarse?<br>[si es hombre] impregnar a una mujer?                      | 1.0                           | 0.5                        | 0.0                      |     |
| <b>22</b>  | [Sólo las mujeres] ¿Sabe si el estado de salud de su hijo/a podría empeorar si se embarazará?  | 1.0                           | 0.5                        | 0.0                      | N/A |
| <b>23</b>  | [Sólo las mujeres] ¿Es posible que algunas de las medicinas de su hijo/a puedan hacer daño a un bebé no nacido si ella está embarazada?                        | 1.0                           | 0.5                        | 0.0                      | N/A |
| <b>24</b>  | ¿Puede contarme las maneras en que personas que tienen relaciones sexuales pueden protegerse de embarazos no deseados y las enfermedades de transición sexual? | 1.0                           | 0.5                        | 0.0                      |     |
| Suma las puntuaciones de esta sección                    |  | Subtotal I<br>Hombre<br>Mujer |                            | _____ de 2<br>_____ de 4 |     |
| Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables |  | Proporción I                  |                            |                          |     |

## Colegio/ Trabajo

|  |   | Si           | Tiene Poco Idea | No         |  |
|--|---|--------------|-----------------|------------|--|
| <b>25</b>  | ¿Puede contarme acerca de los planes futuros de su hijo/a con respecto a la escuela y/o un trabajo? | 1.0          | 0.5             | 0.0        |  |
| Suma las puntuaciones de esta sección                    |   | Subtotal T   |                 | _____ de 2 |  |
| Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables |   | Proporción T |                 |            |  |

## Información sobre seguro medico

|   |   | Si                  | Un Poco | No                    |     |
|---|---|---------------------|---------|-----------------------|-----|
| 26  | ¿Puede contarme porque su hijo/a necesita tener seguro medico?  | 1.0                 | 0.5     | 0.0                   |     |
| 27  | ¿Puede contarme el nombre del proveedor de seguro medico actual de su hijo/a?   | 1.0                 | 0.5     | 0.0                   |     |
| 28  | [Si el paciente está asegurado] ¿Puede contarme a que edad la cobertura de seguro medico actual de su hijo/a terminará? | 1.0                 | 0.5     | 0.0                   | N/A |
| 29  | ¿Puede contarme cómo su hijo/a se puede obtener seguro medico para si mismo cuando será un adulto?                      | 1.0                 | 0.5     | 0.0                   |     |
| <i>Suma las puntuaciones de esta sección</i>                    |   | <b>Subtotal I</b>   |         | _____ out of (3 or 4) |     |
| <i>Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables</i> |   | <b>Proporción I</b> |         |                       |     |

## Organiza sus recursos de apoyo

|  |   | Si mismo          | Padres / otros | No tiene ningún apoyo |  |
|--|---|-------------------|----------------|-----------------------|--|
| 30   | ¿Cuándo su hijo/a será un adulto, quien estará a cargo de su estado de salud? (por ejemplo, ayudarle a recordar a tomar sus medicinas, llamar para recambios de recetas, recoger sus medicinas de la farmacia, y programar citas con el médico) | 1.0               | 0.5            | 0.0                   |  |
| <i>Suma las puntuaciones de esta sección</i> |   | <b>Subtotal 0</b> |                | _____ de 1            |  |

## Nuevos Médicos

|   |   | Si                  | Un Poco | No         |  |
|---|---|---------------------|---------|------------|--|
| 31  | ¿Puede contarme cómo su hijo/a se encuentra un nuevo medico si necesita uno?                    | 1.0                 | 0.5     | 0.0        |  |
| 32  | ¿Puede contarme cómo su hijo/a puede transferir sus archivos médicos de un médico a otro nuevo? | 1.0                 | 0.5     | 0.0        |  |
| <i>Suma las puntuaciones de esta sección</i>                    |   | <b>Subtotal N</b>   |         | _____ de 2 |  |
| <i>Divide el subtotal por el número de preguntas aplicables</i> |   | <b>Proporción N</b> |         |            |  |

## Puntuación total (crudo)

Suma todos "subtotales" de cada sección aquí. (máximo

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | de 33)  |  |
| <b>Puntuación de T.R.xA.N.S.I.C.I.O.N™</b> | <i>Suma todos “proporciones” de cada sección, o divide la puntuación total por el número de preguntas elegibles. (máximo de 10)</i> |  |

<http://unckidneycenter.org/hcprofessionals/transition.html>