



# **Transition Planning**

## **Planificación de Transición**

### **Pediatric Care to Adult Care**

### **Cuidado Pediátrico al Cuidado Adulto**



on of Metropolitan New York with funding from the Federal Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration under grant #H98MC08580 through its initiative, Project Access: Improving Care for Children & Youth with Epilepsy.

**Contact Information:**  
**Información de contacto:**

Name of Youth: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Nombre del Joven: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_

Name of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Current School: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Escuela actual: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Pediatric Care Providers:**  
**Proveedores del Cuidado Pediátrico:**

Pediatrician's Name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Social Worker Name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador Social: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Specialist's Name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Especialista: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Specialist's Name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del Especialista: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Adult Care Providers ( If Identified):**  
**Proveedores de Cuidado de Adultos (Si Identificado):**

Physician's Name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Specialist's Name: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nombre del especialista: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

**For patients 18 years-old & over**

I, \_\_\_\_\_ give permission to my doctor(s) to share information and speak with my parent(s) and/or guardian(s) about my health care transition plan information and progress. Yo, \_\_\_\_\_ le doy permiso a mi doctor(s) que pueden compartir información sobre mi salud y progreso.

Patient's Signature \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Name of Youth: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Date filled: \_\_\_\_\_  
Nombre del Joven: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha llenada: \_\_\_\_\_

**Introduction:** This Health Care Transition Plan is designed to help youth who are 17 years and older to be independent adults. The list below will help youth to understand what skills he/she will need to develop to be able to handle their health care needs. Certain youth, who have special needs, may need their parent to fill out for him/her.

**Instrucciones:** Este Plan de Transición de Salud es para ayudar a los jóvenes de 17 años de edad o más ser adultos independientes. La siguiente lista le ayudará a los jóvenes a comprender cuáles son las capacidades que él o ella tendrán que desarrollar para poder hacer frente a sus necesidades de salud. Algunos jóvenes, que tienen necesidades especiales, pueden necesitar que sus padres lo llenen por ellos.

**Instructions:** For youth who are 17 yrs old or more: Fill out the form below to the best of your ability. If an item does not apply, put "N/A". Your parents and pediatrician will review the list with you and decide together how to help you develop confidence in the areas you need assistance.

**Instrucciones:** Para jóvenes de 17 años o más; llenen el siguiente cuestionario a lo mejor de su habilidad. Si un artículo no es aplicable, indique "N / A". Sus padres y el pediatra examinarán la lista con usted y decidirán juntos la mejor forma de desarrollar la confianza en las zonas donde se necesita ayuda.

## Moving From Pediatric Care to Adult Care

(TO BE COMPLETED BY YOUTH)

(IF YOUTH UNABLE TO FILL: CHECK here if parent is filling for patient: (\_\_\_\_))

## Mudándose de Pediatría al Cuidado Adulto

(completar por joven)

(Si la juventud no puede llenar: marque aquí si el padre lleno para el paciente: (\_\_\_\_))

Health & Wellness 101 The Basics Transition- Moving from Pediatric Care to Adult Care Salud y Bienestar 101 Lo Básico Transición- Mudándose de Pediatría al Cuidado Adulto	Yes I do this. Si, Yo puedo hacer esto	Parent assists with this. Padres ayudan con esto	N/ A
1. I understand my medical condition, health care needs, and can explain my needs to the doctor. 1. Yo entiendo mi condición médica, mis necesidades médicas, y las puedo explicar a el médico.			
2. I can explain to others how my cultural and/or religious beliefs might affect health care decisions and medical treatments. 2. Yo puedo explicar a otros cómo mi cultura y/o mis creencias religiosas puedan afectar a las decisiones de atención médica y tratamientos médicos.			
3. I know my health and wellness baseline (for example: diet, exercise, sleep needed) 3. Sé que es mi salud y el bienestar de referencia (por ejemplo: la dieta, el ejercicio, el sueño es necesario)			
4. I can track my own appointments and prescription refills			

4. Yo puedo realizar el seguimiento de mis propias citas y reabastecimientos de recetas			
5. I can call for my own doctor appointments 5. Yo puedo llamar para mis propias citas con el medico.			
6. Before a doctor's appointment, I can prepare questions to ask. 6. Antes de mi cita con el doctor, Yo preparar preguntas para el doctor.			
7. I can call the pharmacy for my own prescriptions 7. Yo puedo llamar la farmacia para mis propias recetas.			
8. I carry my important health information with me everyday (i.e.: care plan, seizure action plan, medical diagnosis, list of medications, allergy information, doctor's numbers, drug store number, etc.) 8. Yo puedo llevar mi información de salud importante en mí todos los días (es decir: plan de atención, plan de acción, el diagnóstico médico, lista de los medicamentos, información sobre alergias, los números de médico, el número de almacén de la droga, etc.)			
9. I can use transportation by myself (train, bus, car or other) 9. Yo puedo usar el transporte por mí mismo (tren, autobús, coche o de otro tipo)			
10. I can manage to pay any fees required for my medical visits 10. Yo puedo pagar las tasas exigidas por las consultas médicas			
11. I co-sign the "permission for medical treatment" form (with or without signature stamp, or can direct others to do so) 11. Yo puedo co-firmar la forma del "permiso para recibir tratamiento médico" (con o sin el sello de la firma, o puedo dirigir a otros a hacerlo)			
12. I know my symptoms that need immediate medical attention. 12. Sé que son mis síntomas que requieren atención médica inmediata.			
13. I know where to seek urgent medical care. 13. Sé dónde buscar atención médica urgente.			
14. I can monitor my medical equipment so it's in good working condition (daily and routine maintenance) 14. Yo puedo mantener mi equipo médico en buena condición de trabajo (todos los días y la mantenimiento rutina)			
15. I have discussed with my parents what my healthcare insurance coverage will be after I turn 18 year old 15. Yo he hablado con mis padres sobre lo que mi cobertura de seguro de salud va a ser después que cumple 18 años de edad.			
16. I understand what immunization or medical tests I may need 16. Yo entiendo cuales son las vacunaciones o pruebas médicas que puedo necesitar			
17. I know my medication name, purpose, side effects, restrictions, and how to get the medications. 17. Yo que es el nombre de mi medicamento y sus efectos, los efectos secundarios, las restricciones, y cómo obtener esos mismos medicamentos.			

Reviewed by Pediatrician: \_\_\_\_\_ DATE of review: \_\_\_\_\_  
 Revisado por Pediatra: \_\_\_\_\_ FECHA revisado: \_\_\_\_\_

Reviewed by Parent: \_\_\_\_\_ DATE of review: \_\_\_\_\_  
Revisado por Padre: \_\_\_\_\_ FECHA revisado: \_\_\_\_\_

**PLANNING YOUR HEALTH CARE TRANSITION**  
(To be completed by youth)  
**PLANIFICACIÓN DE SU SALUD DE TRANSICION**  
( completado por joven)

Youth/Young Adult's Name: \_\_\_\_\_ D.O.B. \_\_\_\_\_ Parents/Guardians: \_\_\_\_\_  
Nombre de Juventud: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Padres/Guardián: \_\_\_\_\_

Primary Diagnosis: \_\_\_\_\_ Secondary Diagnosis: \_\_\_\_\_ Phone # \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Primario: \_\_\_\_\_ Diagnóstico secundario: \_\_\_\_\_ teléfono# \_\_\_\_\_

**Main Concerns:**  
**Preocupaciones principales:**

---

---

---

**Steps to Address Concerns:**  
**Pasos para tratar las preocupaciones:**

---

---

---

**Expected Results & By When:**  
**Resultados esperados y cuándo:**

---

---

---

**Reviewed by Pediatrician:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
**Revisado por el pediatra:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Additional Comments by Pediatrician:**  
**Observaciones adicionales del Pediatría:**

---

---

---

