

Sección 1: Guía del cuidado de transición

La guía para el cuidado de transición le ayuda a prepararse para la transición a su casa o al centro de atención más cercano. Usted y sus personas de apoyo deben obtener tanta información como sea posible antes de salir del hospital o del centro.

Coloque una marca en cada casilla, si la afirmación es verdadera para usted. Si no puede marcar una casilla, discuta el tema con el personal asignado para ayudarle.

A. Preparación para salir del hospital

- Entiendo las razones por las que estoy en este hospital o centro.
- Conozco maneras saludables de manejar mis síntomas y mi recuperación por mi cuenta.
- Sé lo que puedo hacer para sentirme mejor.
- Sé cómo mantenerme saludable y seguro.
- Sé lo que tengo que hacer para poder salir satisfactoriamente de este hospital o centro.
- Reconozco los síntomas a tener en cuenta después de salir del hospital o del centro.
- Sé dónde y cómo conseguir ayuda después de salir del hospital o del centro.
- Sé a quién contactar si no me siento seguro.

Si lo siguiente es verdadero para usted, marque la casilla y explique por qué.

- Necesito ayuda para comunicarme:
- No tengo una vivienda segura:
- Necesito ayuda con el transporte:
- Necesito ayuda para decidir quién me puede ayudar:
- Tengo otras necesidades:

Sección 1: Guía del cuidado de transición (continuación)

B. Discusión del plan de alta

Un plan del alta o plan de atención continua incluye información que necesita saber cuando sea dado de alta del hospital o del centro. Su coordinador de alta es la persona que le explicará la información a usted y a sus personas de apoyo. Coloque una marca en cada casilla, si la afirmación es verdadera para usted. Si no puede marcar una casilla, discuta el tema con el personal asignado para ayudarle.

- Discutí mi plan de alta con mi coordinador de alta. Esta persona puede tener otros títulos, pero su trabajo es ayudarle a prepararse para irse.
- Tengo una copia escrita y clara de mi plan de alta. Este plan puede tener otros nombres, pero está programado para ayudarle a saber qué sucede después.
- Comprendo mi plan de alta.
- Si tengo personas de apoyo que me ayudan durante mi salida del hospital o centro, ellas comprenden mi plan del alta.
- Si tengo preguntas sobre mi plan de alta, pediré ayuda a:

Nombre

Número de teléfono

- Si no voy a casa al salir del hospital, voy a:

Nombre del establecimiento

Domicilio

Código Postal de la dirección (XXXX)

Estado (XX)

Número de teléfono

Sección 1: Guía del cuidado de transición

C. Conocimiento de mis medicamentos

Coloque una marca en cada casilla, si la afirmación es verdadera para usted. Si no puede marcar una casilla, discuta el tema con el personal asignado para ayudarle.

- Sé que los medicamentos son parte de mi plan de atención continua.
- Sé cuáles son mis medicamentos.
- Sé dónde y cómo obtener mis medicamentos.
- Sé cómo y cuándo tomar mis medicamentos.
- Sé cómo debo sentirme si mis medicamentos están funcionando.
- Si tengo preguntas sobre mis medicamentos o efectos secundarios, pediré ayuda a:

Nombre

Número de teléfono

- Si necesito ayuda para conseguir la receta de un medicamento, voy a pedir ayuda a:

Nombre

Número de teléfono

- Sé con quién puedo hablar si mi medicamento es demasiado caro, como mi médico, farmacéutico, enfermera o administrador de casos.
- He actualizado mis **herramientas de seguimiento de medicamentos**.
- Sé qué medicamentos necesito tirar a la basura y la forma correcta de hacerlo.
- Utilizo un método confiable para realizar el seguimiento de mis medicamentos (como una caja de pastillas, caja segura para medicamentos o una aplicación de alerta para medicamentos de un teléfono móvil).
- Conozco los efectos secundarios de mis medicamentos e informaré sobre cualquier efecto secundario a mi doctor o enfermera.
- Si estoy tomando un medicamento opiáceo prescrito y administrado, he hablado antes con mi médico sobre naltrexona.

D. Preparación para volver a casa

Coloque una marca en cada casilla, si la afirmación es verdadera para usted. Si no puede marcar una casilla, discuta el tema con el personal asignado para ayudarle.

- Tengo un lugar seguro para vivir.
- Mi familia o mis personas de apoyo saben que estoy volviendo a casa.
- Mi familia o mis personas de apoyo me ayudarán una vez que esté en casa.
- Mi familia o mis personas de apoyo saben qué tipo de ayuda necesito cuando vuelva a casa.
- Si es necesario, contrataré otro personal para que me ayude con mi cuidado.
- Si es necesario, ya tendré la referencia para la atención en casa y la evaluación de la terapia física.
- Si es necesario, tendré atención médica en casa cuando salga del hospital o del centro:

Nombre de la agencia

Número de teléfono

- Tengo una cita con mi proveedor local de atención primaria después de salir del hospital o del centro:

Nombre del proveedor

Número de teléfono

- Tengo una cita con mi proveedor local de salud mental o proveedor de tratamiento de abuso de sustancias después de salir del hospital o del centro:

Nombre del proveedor

Número de teléfono

- Tengo a quién llamar si necesito ayuda en casa:

Nombre de la persona

Número de teléfono

- Yo mismo o alguien más ha retirado cosas de mi casa que puedan hacerme tropezar o caer.

- Tengo todos los suministros que necesito (por ej., suplementos nutricionales) para mi regreso a casa.

- Tengo el equipo médico que necesito para mi regreso a casa.

Si necesitara un equipo o tuviera preguntas acerca de cómo usarlo, llamaría a:

Nombre

Número de teléfono

- No tengo alcohol ni drogas ilegales en mi casa.

- No tengo armas en mi casa.

- Tengo el respaldo para tomar decisiones de vida saludables.

D. Preparación para volver a casa (continuación)

- Me he puesto en contacto con un grupo de apoyo.
- He hecho todas las citas de seguimiento que necesito (*como la de salud mental, tratamiento de abuso de sustancias, atención primaria, atención especializada, de autoayuda o de compañerismo, etc.*).
- Sé cuál cita de seguimiento necesito hacer después de salir del hospital o del centro, si tuviera la necesidad.

Cuando vaya a casa, es posible que necesite ayuda para (coloque una marca de verificación en cada círculo que su médico o enfermera discuta con usted):

- Bañarme y/o higiene personal
- Vestirme
- Preparación de comidas o comer (*restricciones en la dieta, comer solamente alimentos blandos, ciertos alimentos no están permitidos*):

- Tareas domésticas
- Hacer compras o mandados
- Sacar citas y mantener los horarios
- Recordar que tome los medicamentos
- Manejar el dolor o las náuseas
- Ejercicios de terapia física u ocupacional
- Equipo especial
- Encontrar un trabajo importante
- Localizar un lugar seguro para vivir
- Localizar a los distribuidores de alimentos cercanos
- Hacer amigos, asistir a reuniones de compañeros y buscar actividades sociales saludables
- Cuidar de las finanzas y de los gastos de subsistencia
- Traslado (movimiento de la cama a la silla)
- Transporte
- Usar el inodoro
- Caminar
- Otro