



Children's Medical Services

Transition Care Plan Worksheet

Name: _____ Age: _____ Date: _____

Form completed by: _____

This worksheet is to help you plan for your adulthood. Please check the boxes and fill in the blanks below that apply to you at this time.

Medical:

I understand my medical condition: yes no I would like more information

I have planned for my:

Primary doctor is _____

Specialty doctor(s) are _____

Dental care – my dentist is _____

I am able to:

Make my appointments: by myself or with the assistance of _____

Refill my medications/supplies: by myself or with the assistance of _____

I use _____ pharmacy.

Manage my medications: by myself or with the assist of _____

Perform my own medial care/daily treatments: by myself or with the assist of _____

Independent living: (check all that apply)

As an adult, I will live:

by myself with my parents with other family members other _____

in a group home on a campus/in a dormitory in a long term care facility

I am able to:

Care for my personal needs

Explain what I need for myself (advocate for myself)

Obtain what I need for myself

Transportation will be provided by:

Myself parents/family members public transportation Medi-Medi

other _____

Transportation will be provided for:

Medical appointments School Work Shopping Recreation

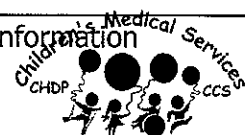
other _____

Education:

My interests, skills, and strengths are: _____

My education goals on my transition plan at school are: _____

I understand my educational resources: yes no I would like more information



Financial: (check all that apply)

I plan for my medical care to be paid by: myself my insurance CCS (until age 21)
 SSI trust/will Medi-Cal or Medicare Other _____

I can manage the following:

Paying bills by myself with the assistance of _____
Planning a budget by myself with the assistance of _____
Using a credit card by myself with the assistance of _____
Making financial decisions by myself with the assistance of _____
A savings account by myself with the assistance of _____
A checking account by myself with the assistance of _____

Information I would like to have: (check all that apply)

Insurance Independent living Vocational rehab other _____
 Medi-Cal Transportation College Disability Support Services
 SSI School Social/Recreational

Employment/Vocational: (check all that apply)

My interests, skills, and strengths are: _____

I have prepared for work by:

Household chores Work study program Volunteering
 Part-time job Job shadowing other _____

After high school, I will enter:

Full-time employment Part-time employment Apprenticeships
 Supported employment Continuing Education Sheltered workshop
 Other _____

Social/Recreational: (check all that apply)

For fun, I enjoy: _____

I am able to:

Request assistance: by myself or with the assistance of _____
Talk on the phone: by myself or with the assistance of _____
Place an order: by myself or with the assistance of _____
Be interviewed: by myself or with the assistance of _____
Plan an event: by myself or with the assistance of _____
Register a complaint: by myself or with the assistance of _____

I feel comfortable relating/communicating with:

An employer Peers/friends Significant other
 Teacher Strangers other _____

I am prepared to care for myself: Yes No

Additional questions/comments: _____

Completed by: _____

Please contact _____ at _____ for further information.



Children's Medical Services

Formulario para un Plan de Transición de cuidado de salud

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Esta forma fué llenada por: _____

Este formulario es para ayudarle a planear su edad adulta. Favor de llenar los espacios en blanco que le apliquena usted en este momento.

Médico:

Entiendo mi condición médica: sí no me gustaría tener más información

He planeado para mi:

Médico primario es: _____

Médico especialista(es) son: _____

Cuidado Dental – mi dentista es _____

Puedo hacer:

Hacer mis citas: yo solo/a con asistencia de _____

Rellenar mis medicamentos/provisiones: yo solo/a con asistencia de _____

Uso la farmacia _____

Administro mis medicamentos: yo solo/a con asistencia de _____

Realizo mi propio cuidado médico/tratamientos diarios: yo solo/a con asistencia de _____

Vida independiente: (marque todo lo que aplica)

Cuando sea un adulto, yo viviré:

yo solo/a con mis padres con otros miembros de la familia otro: _____

en una casa de grupo en un dormitorio facilidad de cuidado a largo plazo

Soy capaz de:

Cuidar de mis necesidades personales

Explicar lo que necesito para mi mismo/a (abogar por mi mismo/a)

Obtener lo que necesito para mi mismo/a

Transportación será proveída por:

yo mismo/a padres/un familiar transportación publica Medi-Medi

otro _____

Transportación será proveída para:

citas médicas escuela trabajo compras recreación

otro: _____

Educación:

Mis intereses, habilidades y virtudes son: _____

Mis metas de educación en mi plan de transición en la escuela son: _____

Entiendo mis recursos educacionales: sí no me gustaría tener más información



Finanzas: (marque todo lo que aplica)

Mi cuidado médico será pagado por: yo mismo/a mi seguro médico CCS (asta los 21años)

SSI fideicomiso/testamento Medi-cal o Medicare Otro: _____

Yo puedo manejar lo siguiente:

- Pagar mis cuentas yo solo/a con asistencia de _____
- Planear un presupuesto yo solo/a con asistencia de _____
- Usar una tarjeta de crédito yo solo/a con asistencia de _____
- Hacer decisiones financieras yo solo/a con asistencia de _____
- Una cuenta de ahorros yo solo/a con asistencia de _____
- Una cuenta de cheques yo solo/a con asistencia de _____

Información que me gustaría tener: (marque todo lo que aplica)

- Seguro médico Vida independiente Rehabilitación vocacional otro: _____
- Medical Transportación Servicio de apoyo colegial para la incapacidad
- SSI Escuela Recreaciones sociales

Empleo/Vocacional: (marque todo lo que aplica)

Mis intereses, habilidades y virtudes son: _____

Me he preparado para trabajar por medio de:

- Quehaceres domésticos Programa de estudio y trabajo Trabajo voluntario
- Trabajo de medio tiempo Seguir de cerca a alguien otro: _____

Después de la preparatoria, yo empezaré a:

- Trabajar tiempo completo Trabajar medio tiempo Aprendiz
- Trabajo en apoyo Continuaré mi educación Taller de Apoyo
- otro: _____

Recreaciones Sociales: (marque todo lo que aplica)

Para divertirme, yo disfruto de: _____

- Soy capaz de: yo solo/a con asistencia de _____
- Pedir ayuda: yo solo/a con asistencia de _____
- Hablar por teléfono: yo solo/a con asistencia de _____
- Hacer una orden: yo solo/a con asistencia de _____
- Ser entrevistado/a: yo solo/a con asistencia de _____
- Planear algún evento: yo solo/a con asistencia de _____
- Registrar alguna queja: yo solo/a con asistencia de _____

Me siento cómodo/a relacionarme/comunicarme con:

- Un empleador Compañeros/amigos Mi pareja
- Maestro/a Extraños otro _____

Estoy preparado/a para cuidarme solo/a: Sí No

Preguntas adicionales/comentarios: _____

Completado por: _____

Favor de llamar a: _____ al _____ para más información.