

PAQUETE DE LAS TRANSICIONES

Adultos jóvenes con trastornos neurológicos

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

Diagnóstico primario: _____

Transferencia del cuidado

El paquete de transferencia completo, incluye:

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

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

Plan de cuidado que incluye las metas y las acciones

Resumen médico y plan de cuidado de emergencia actualizados

Documentos legales, si son necesarios

Ficha de datos de la condición, si es necesaria

Documentos adicionales del proveedor, si son necesarios

Fecha de envió: _____

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: _____

Comentarios/notas adicionales: _____
