

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: _____
