



DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

Consentimiento para Tratamiento Hormonal para Disforia de Género y/o Identificación Transgénero

FECHA	INSTALACION
-------	-------------

Por favor escriba sus iniciales indicando que usted entiende y acepta cada elemento de la línea.

- _____ He participado en este proceso junto con mis proveedores de salud mental y de servicios médicos.
- _____ Estoy de acuerdo en que mis preguntas y preocupaciones han sido abordadas adecuadamente y entiendo la información proporcionada.
- _____ Me han dado la oportunidad de discutir los efectos, riesgos y posibles reacciones adversas de la utilización de hormonas.
- _____ Entiendo que cada paciente responde de forma diferente al tratamiento hormonal y que no es posible predecir exactamente qué efectos tendrá el tratamiento.
- _____ Entiendo que los efectos del tratamiento hormonal ocurrirán gradualmente durante meses y años.
- _____ Entiendo que algunos efectos del tratamiento hormonal pueden no ser completamente reversibles, incluso si el tratamiento hormonal es suspendido.
- _____ Entiendo que puedo reducir el riesgo de efectos nocivos del tratamiento hormonal al no fumar, evitando el alcohol y el uso de drogas ilegales, manteniendo un peso saludable y haciendo ejercicio con regularidad.
- _____ Entiendo que puedo reducir el riesgo de efectos nocivos del tratamiento hormonal trabajando con mis proveedores de salud para manejar mis condiciones médicas y de salud mental y participando en prácticas de salud preventivas basadas en evidencia.
- _____ Entiendo que puedo elegir detener el tratamiento hormonal en cualquier momento pero esto debe hacerse consultando a mis proveedores de servicios médicos. También entiendo que mi proveedor de prescripción puede discontinuar el tratamiento por razones médicas.
- _____ Estoy de acuerdo en tomar el tratamiento hormonal bajo la supervisión y orientación de un prescriptor licenciado del DOC de acuerdo con la Evaluación y la Gestión del Tratamiento Hormonal de Disforia de Género/ Protocolo de Identificación Transgénero del DOC.

Para Tratamiento de Hombre a Mujer:

- _____ Entiendo que estos efectos del tratamiento hormonal podrían ocurrir:
 - Agrandamiento de los senos.
 - Redistribución de la grasa corporal en un patrón más típicamente femenino
 - Disminución de la fuerza en la parte superior del cuerpo
 - Suavamiento de la piel, disminución del vello corporal, disminución de la pérdida de cabello del cuero cabelludo
 - Disminución del tamaño de los testículos
 - Disminución de la libido y de las erecciones
- _____ Entiendo que el tratamiento con estrógeno aumenta el riesgo de coágulos de sangre dañinos y pueden aumentar el riesgo de enfermedad del corazón o derrame cerebral.
- _____ Entiendo que después de varios años de tratamiento con estrógeno el riesgo de cáncer de mama se acercará al de mujeres genéticas y las medidas preventivas recomendadas para las mujeres se recomendarán para mí.

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.



DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE:
(nombre, Núm. DOC, fecha de nacimiento)

Consentimiento para Tratamiento Hormonal para Disforia de Género y/o Identificación Transgénero

FECHA	INSTALACION
-------	-------------

4. _____ Entiendo que el tratamiento con estrógeno puede agravar las migrañas.
5. _____ Entiendo que el tratamiento con estrógeno puede aumentar el riesgo de enfermedad del hígado, diabetes o depresión.
6. _____ Entiendo que el tratamiento con estrógeno puede tener otros efectos nocivos que no son posibles de predecir en casos individuales.

Para Tratamiento de Mujer a Hombre:

1. _____ Entiendo que estos efectos del tratamiento hormonal podrían ocurrir:
 - a. Profundización de la voz
 - b. Mayor oleosidad de la piel y acné
 - c. Agrandamiento del clítoris
 - d. Encogimiento de los senos
 - e. Aumento del vello facial y corporal
 - f. Patrón de calvicie masculino.
 - g. Aumento de la fuerza en la parte superior del cuerpo
 - h. Disminución de grasa de la cadera
 - i. Aumento de la libido
2. _____ Entiendo que la fertilidad puede ser disminuida, posiblemente de manera irreversible; sin embargo, la fertilidad también podría mantenerse.
3. _____ Entiendo que el tratamiento con testosterona puede aumentar el riesgo de coágulos de sangre dañinos y pueden aumentar el riesgo de presión arterial alta, enfermedad del corazón o derrame cerebral.
4. _____ Entiendo que el tratamiento con testosterona puede causar un empeoramiento del cáncer de mama o uterino.
5. _____ Entiendo que el tratamiento con testosterona puede aumentar el riesgo de enfermedad del hígado, o diabetes.
6. _____ Entiendo que el tratamiento con testosterona puede aumentar el riesgo de depresión u hostilidad y comportamiento agresivo.
7. _____ Entiendo que el tratamiento con testosterona puede tener otros efectos nocivos que no son posibles de predecir en casos individuales.

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE RECIBE EL CONSENTIMIENTO

Las leyes estatales y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento específico por escrito de quien se trata, o según la ley.