|  |  |
| --- | --- |
| # de Archivo Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ | Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

##

Consentimiento informado para la terapia hormonal femenina

Tratamiento: Hormonas (como el estrógeno) y Anti-Andrógenos (bloqueadores de hormonas masculinas)

Espectro Trans-Femenino (de Hombre a Mujer)

Por favor afirme que entiende y está de acuerdo con cada una de las declaraciones siguientes escribiendo sus iniciales a la izquierda de cada línea.

1. Entiendo que cada persona es diferente y los cambios y riesgos por tomar hormonas que aparecen a continuación pueden ser diferentes para diferentes personas.
2. Me han dicho que los efectos femeninos de la terapia hormonal pueden tomar varios meses o años para que sean notables y varios años para que se completen. Los cambios siguientes serán **permanentes**:
	1. Desarrollo de los pechos: Esto puede tomar muchos años. Los pechos naturalmente crecen para ser de diferentes tamaños. El desarrollo de los pechos de una persona, puede no ser el mismo como el de otra persona. Si la terapia hormonal se detiene, los pechos pueden hacerse más pequeños, pero el desarrollo de los pechos no se detendrá por completo.
	2. Cambios en fertilidad y producción de esperma: La terapia hormonal puede afectar su habilidad para producir esperma y es posible que pierda su habilidad para embarazar a una mujer.
3. Estos son otros cambios que se dan por la terapia hormonal. Estos cambios sucederán si yo tomo la terapia hormonal, pero *lo más seguro* es que no serán permanentes si la dejo de tomar:
4. El patrón de calvicie masculina se detiene o disminuye (pero el pelo que ya se había perdido no volverá a crecer)
5. La piel se vuelve más suave.
6. Es posible que el pelo facial y corporal siga creciendo como lo hacía antes de tomar la terapia hormonal, pero en algunos casos el pelo facial y corporal puede empezar a crecer más lento, y puede parecer más delgado o más ligero.
7. La grasa corporal se mueve de su estómago a sus caderas, muslos, y trasero.
8. El deseo sexual y orgasmos también pueden cambiar.
9. Los cambios de humor pueden suceder en la terapia hormonal y pueden continuar si usted DETIENE la terapia hormonal.
	1. Entiendo que la terapia hormonal puede causar o contribuir a la depresión. Si tengo un historial de depresión, yo hablaré de esto con mi profesional médico para explorar las opciones de tratamiento.
	2. Entiendo que los efectos de la terapia hormonal no me van a proteger de las enfermedades de transmisión sexual o VIH, por esto siempre debo usar condones.
	3. Debido a que la terapia hormonal causará que crezcan mis pechos, yo entiendo que tendré que hacerme auto-exámenes mensuales para el cáncer de mama y hacerme un examen médico anual. Es posible que mi profesional médico sugiera mamografías.
	4. Entiendo que la terapia hormonal disminuirá las hormonas masculinas que me ayudan a mantener el tamaño y la función de los testículos. Debido a esto la terapia hormonal puede entonces afectar el funcionamiento sexual y la fertilidad. Esto quiere decir que es posible que no pueda embarazar a una mujer. Los cambios que pueden suceder incluyen:
		1. El pene, los testículos y el escroto pueden hacerse más pequeños.
		2. La cantidad y la calidad de las erecciones y la eyaculación puede disminuir o detenerse por completo.
		3. El esperma puede aún estar presente en los testículos, pero puede parar en madurar lo cual puede causar infertilidad. Es posible que no pueda embarazar a una mujer.
		4. Si dejo la terapia hormonal, la habilidad para producir esperma saludable y maduro puede nunca volver.
	5. Entiendo que la terapia hormonal puede aumentar significativamente el riesgo de coágulos de sangre en las piernas o en otro lugar que puede resultar en:
		1. Muerte
		2. Trombosis venosa profunda (coágulo que se forma en el fondo de un músculo o vaso sanguíneo)
		3. Embolia pulmonar (coágulo de sangre en el pulmón, que puede causar daño pulmonar permanente o muerte)
		4. Derrame cerebral, que puede resultar en daño cerebral permanente, ceguera, parálisis, dificultad para hablar o muerte.

*El riesgo para estas situaciones puede empeorar si usted ya tiene ciertas condiciones médicas, como alta presión sanguínea u otras enfermedades que vienen de familias. Usted también puede tener un mayor riesgo si usa drogas ilegales o fuma.*

* 1. Entiendo que con la terapia hormonal el riesgo de coágulos sanguíneos, ataques al corazón, y derrame cerebral es más alto si uso tabaco, especialmente si tengo más de 35 años de edad. Se me ha informado que mi profesional médico me puede ofrecer varias opciones para ayudarme a dejar de fumar. Aunque esto no necesario, se recomienda ALTAMENTE.

10) Entiendo que si tomo la terapia hormonal, esto causará que produzca más cantidad de una hormona diferente llamada prolactina. Mi profesional médico mantendrá un registro de mi nivel de prolactina. Un aumento anormal de prolactina puede causar un tumor cerebral y puede significar que tenga que dejar la terapia hormonal y tratar el tumor.

11) Entiendo que los efectos secundarios más peligrosos de la terapia hormonal suceden si fumo cigarros, tengo sobrepeso, tengo más de 35 años de edad o tengo un historial de coágulos sanguíneos, alta presión sanguínea o cáncer relacionado con el estrógeno. Entiendo que mi profesional médico puede detener o ajustar mi terapia hormonal si hubiese preocupaciones o complicaciones que pudieran dañar mi salud física o mental.

12) Entiendo que la terapia hormonal puede aumentar la posibilidad de dolores de cabeza por migraña. Esto puede ser una razón para que yo decida suspender la terapia hormonal, o puede ser una razón para que mi profesional médico me quite de la terapia hormonal.

13) Entiendo que la terapia hormonal puede provocar cambios en mi colesterol. Esto generalmente está relacionado a lo que como y mi genética. Mi profesional médico puede recomendarme que tratemos mi colesterol alto con cambios en la dieta o con medicamentos.

14) Entiendo que la terapia hormonal puede causar cambios anormales en los niveles de potasio en la sangre, lo cual puede causar ritmos anormales del corazón. Mi profesional médico checará esto en las citas.

15) Estoy de acuerdo en decirle a mi profesional médico acerca de cualquier hormona, suplementos dietéticos, hierbas, drogas recreativas o medicamentos que yo pueda estar tomando. También entiendo que cualquiera de estos productos pueden dañar mi salud y pueden causar problemas con mi terapia hormonal. Me han informado que el personal del centro de salud continuará brindándome atención médica, sin importar el tipo de información que comparta con ellos.

1. Estoy de acuerdo en tomar la terapia hormonal y todos los otros medicamentos relacionados con la transición tal y como fueron recetados, y estoy de acuerdo en decirle a mi profesional médico de cualquier problema o si es que no siento que estoy logrando mis metas de transición.
2. Entiendo que puedo decidir dejar de tomar la terapia hormonal en cualquier momento. También entiendo que mi profesional médico puede suspender el tratamiento por razones de salud.
3. Entiendo que el tomar hormonas para la transición de género requiere visitas médicas regulares y exámenes de laboratorio de rutina. Se me ha explicado el tiempo, citas y horario que implica esto. Si no puedo asistir a estas visitas, mi profesional médico puede parar mi terapia hormonal o puede haber un retraso para que se renueve mi receta.
4. El Institute for Family Health ofrece servicios médicos y relacionados a la transición mediante un modelo de consentimiento informado. Entiendo que esto quiere decir lo siguiente:
	1. Me han dado información sobre los riesgos y beneficios de la terapia hormonal.
	2. Entiendo esta información lo suficientemente bien para recibir estos servicios.
	3. Me han entregado una lista de recursos comunitarios y adicionales para apoyo y más información.
	4. He tenido la oportunidad de hacerle preguntas a mi profesional médico, y entiendo sus respuestas.
	5. He tenido la oportunidad de reunirme con el especialista de admisión de pacientes transgénero para saber de apoyo, recursos y evaluación.

**Mi firma abajo indica que yo autorizo y doy mi consentimiento informado para empezar la terapia hormonal.**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Paciente (Firma) Paciente (Nombre Escrito)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Guardián (Firma) Guardián (Nombre Escrito)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico Clínico (Firma) Médico Clínico (Nombre Escrito) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha  |