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

##

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TERAPIA HORMONAL MASCULINA

Tratamiento: Testosterona

 ESPECTRO TRANS-MASCULINO (de Mujer a Hombre)

Por favor escriba sus iniciales al lado de cada número para demostrar que usted entiende y está de acuerdo con cada declaración.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_ 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 masculinos de la testosterona pueden tomar varios meses o años para que sean notables y varios años para que se completen. Los cambios siguientes serán **permanentes**:1. Caída del cabello: Usted perderá cabello en los lados y en la parte de arriba de su cabeza (“patrón de calvicie masculina”).
2. Pelo facial: El pelo, como barba o bigote, crecerá en su cara.
3. Voz: Su voz se hará más profunda.
4. Pelo del cuerpo: Le crecerá más pelo en su cuerpo en lugares como su espalda, piernas y trasero. Su pelo corporal será más grueso.
5. Genitales femeninos: Su clítoris se hará más grande.
 |
| \_\_\_\_ 3) | Estos son otros cambios que se dan por tomar testosterona. Estos cambios sucederán si yo tomo testosterona, pero *lo más seguro* es que no serán permanentes si la dejo de tomar: 1. Estructura corporal: La grasa del cuerpo se mueve de sus caderas, muslos y trasero a su estómago.
2. Músculos: Es posible que sus músculos se hagan más grandes.
3. Más glóbulos rojos: Si le hacen análisis de sangre verá que tendrá más glóbulos rojos.
4. Cambios de estado de ánimo y comportamiento: Puede tener cambios en sus emociones, como en la pubertad.
5. Deseo sexual: Puede que tenga un mayor deseo sexual.
6. Apetito: Puede que sienta más hambre.
7. Acné: Puede que sufra de un caso severo de acné/espinillas. Esto podría causar cicatrices si no le da tratamiento.
8. Regla/Menstruación: Usted dejará de tener su regla.
 |
| \_\_\_\_ 4) | Entiendo que todavía me puedo beneficiar de hablar con mi doctor acerca de la prevención del cáncer cervical y la detección de cáncer de mama (papanicolaou y mamografías) si no he tenido una cirugía para remover estas partes de mi cuerpo. |
| \_\_\_\_ 5) | Entiendo que el tomar testosterona puede causar que pierda mi habilidad de embarazarme (“infertilidad”). Es posible que aún sea infértil aunque dejará de tomar testosterona.  |
| \_\_\_\_ 6) | Entiendo que aunque **puedo** perder mi habilidad de embarazarme mientras esté tomando testosterona, es posible que aún **pudiera** embarazarme. Mi profesional médico y yo hemos hablado acerca de anticonceptivos. |
| \_\_\_\_ 7) | Entiendo que la dosis de testosterona puede ser diferente para diferentes personas. Mi dosis puede ser diferente de la dosis de otra persona. |
| \_\_\_\_ 8) | Entiendo que el tomar hormonas para la transición de género requiere que venga a visitas médicas regulares y exámenes de laboratorio de rutina. Mi profesional médico me ha explicado el horario. Si no puedo asistir a estas visitas, mi profesional médico puede parar mi testosterona o puede haber un retraso para que se renueve mi receta. |
| \_\_\_\_ 9) | Entiendo que tendré que visitar a mi profesional médico por lo menos cada año para continuar teniendo la receta de testosterona en el Institute for Family Health. Si no vengo cada año, mi profesional médico puede parar de renovar mi receta.  |
| \_\_\_\_ 10) | Entiendo que la testosterona puede aumentar mi riesgo de tener diabetes, presión arterial alta. También pueda causar que suba de peso. La probabilidad de que esto pasará es mayor si yo ya sufro de estas condiciones o si tengo una historial familiar. |
| \_\_\_\_ 11) | Entiendo que el tomar testosterona puede en realidad aumentar el nivel de estrógeno que se encuentra ya en mi cuerpo. Mi profesional médico controlará los niveles de estrógeno en mi sangre. Mi profesional médico me avisará si tenemos que hacer un cambio en mi dosis de testosterona. |
| \_\_\_\_ 12) | 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 estas cosas 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. |
| \_\_\_\_ 13) | Estoy de acuerdo en tomar mi testosterona 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. |
| \_\_\_\_ 14) | 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. |
| \_\_\_\_ 15) | 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  |