

FORMULARIO DE ADMISIÓN MÉDICA

Fecha:

Motivo de la consulta:

Nombre deseo que me llamen: Razón social:

Fecha de nacimiento: / / Edad:

¿Ha cambiado legalmente su nombre? Sí No Si la respuesta es afirmativa, en qué fecha:

¿Ha cambiado el sexo en sus ID? Sí No

¿Cómo se identifica?

mujer hombre transición femenino a masculino transición masculino a femenino no conforme
 género no binario rechazar otro:

¿Cuál es su sistema de apoyo?

pareja familia amigos terapeuta grupo de apoyo otro:

¿Ha consultado a un proveedor de atención médica o salud mental acerca de ser transgénero? Sí No

De ser así, ¿cuándo se diagnosticó o trató por primera vez?

¿Ha obtenido las cartas de evaluación necesarias de un proveedor de atención médica o de salud mental? Sí No

Cartas requeridas: UNA carta de terapia hormonal que registre 12 meses o más de administración de hormonas
 UNA carta del proveedor de salud mental de un psiquiatra o psicólogo (PhD, MD)
 UNA carta del proveedor de salud mental de un licenciado en terapia de pareja y familiar, licenciado en consejería profesional (LMFT), trabajador social clínico certificado (LCSW), etc.

¿Has comenzado el proceso de depilación? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas sesiones ha completado?

Consumo de alcohol, tabaco o drogas recreativas:

Drogas recreativas actuales: Sí No

Si la respuesta es sí, de qué tipo y con qué frecuencia:

Antecedentes de consumo de drogas recreativas: Sí No

Si la respuesta es sí, de qué tipo: ¿Cuándo comenzó y cuándo abandonó el hábito?

Cigarrillos actuales: Sí No

Si la respuesta es sí, paquetes por día: Cigarrillos por día:

Antecedentes de consumo de cigarrillos/tabaco: Sí No

Si la respuesta es sí, paquetes/cigarrillos por día: ¿Cuándo comenzó y cuándo abandonó el hábito?

Drogas inhalatorias actuales (cigarrillo electrónico, marihuana, cigarros, etc.): Sí No

Si la respuesta es sí, de qué tipo y cuánto:

Consumo de alcohol actuales: Sí No Si la respuesta es sí, cuánto:

Historia clínica:

Altura: Peso:

¿Alguna vez se ha sentido con depresión? Sí No ¿Ha tenido ideas suicidas o ha intentado suicidarse? Sí No

Historectomía consultar solamente: última prueba de papanicolaou:

Historial de citología vaginal anormal: Sí No

Nombre de la paciente: Fecha de nacimiento: / /

Indique qué problemas médicos tiene ahora o ha tenido en el pasado:

| Pasado | Presente | Problema médico | Comentarios/fechas aproximadas |
|--------|----------|---------------------------|--------------------------------|
| | | Enfermedad cardíaca | |
| | | Hipertensión | |
| | | Diabetes | |
| | | Anemia | |
| | | VIH o SIDA | |
| | | HEP. B o HEP. C | |
| | | Enfermedad hepática | |
| | | Enfermedad renal | |
| | | Problemas de tiroides | |
| | | Cáncer | |
| | | Accidente cerebrovascular | |
| | | EPOC | |
| | | Asma | |
| | | Otro: | |

¿Se le producen moretones con facilidad o tiene problemas de sangrado o coagulación? Sí No
 ¿Tiene antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloides? Sí No

¿Qué medicamentos toma (incluida terapia hormonal, vitaminas, suplementos, otros)? Indique el nombre, la dosis y las instrucciones (píldora, inyección, etc.). Indique para qué sirve la medicación.

| Nombre del medicamento | Dosis | Indicaciones | ¿Para qué sirve? |
|------------------------|-------|--------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Qué operaciones se ha realizado anteriormente?

| Tipo de cirugía | Fecha | Nombre del cirujano |
|-----------------|-------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿Alguna vez ha tenido usted o un familiar una mala reacción a la anestesia general o local? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la reacción? ¿Quién tuvo la reacción?

¿Tiene alergia a algún medicamento? Sí No Si la respuesta es sí, indique a continuación:

Nombre del medicamento: Reacción:
 Nombre del medicamento: Reacción:
 Nombre del medicamento: Reacción:

¿Tiene alergia al látex? Sí No ¿Tiene alergia a los mariscos? Sí No