

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