

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 mujer transgénero hombre transgénero género no conforme
 género queer rechazar

¿Cuál es su sistema de apoyo?

pareja familia amigos terapeuta grupo de apoyo

¿Cuándo empezaste con las hormonas?

¿Ha comenzado la depilación (solo pacientes de vulvo/vaginoplastia)? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuántas sesiones ha completado?

¿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 documente un 6 a 12 meses de hormonas continuas
 DOS cartas de salud mental de dos proveedores de salud mental separados (calificados de salud mental proveedores con título de doctorado o maestría; Doctorado, MD, PsyD, LCSW, MSW, MFT, DSW, APRN, NP, LPC)

** Tenga en cuenta que algunas compañías de seguros tienen diferentes requisitos de hormonas y cartas. Si no toma hormonas, se requerirá una carta de su médico de cabecera que documente el motivo (elección personal/ contraindicación).

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: (Complete TODOS los campos correspondientes)

Altura: (pies/pulg.) **Peso:** (libras) **Circunferencia de la cintura:** (cm)

¿Ha tenido ideas suicidas o ha intentado suicidarse? Sí No

¿Actualmente tiene un proveedor de salud mental que ve regularmente? Sí No

Nombre de la paciente: **Fecha de nacimiento:** / /

Historectomía consultar solamente:

¿Fecha de la última prueba de papanicolaou? Historial de citología vaginal anormal: Sí No

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	
		Depresión	
		Ansiedad	
		Apnea del sueño	
		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? (Por favor, no introduzca fechas futuras)

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

¿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:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN PÉLVICO

El Departamento de Salud y Servicios Humanos requiere consentimiento por escrito antes de realizar un examen pélvico o rectal.

CONSENTIMIENTO: Yo, el Paciente que figura a continuación o como la persona legalmente autorizada para el Paciente, por la presente doy mi consentimiento para recibir exámenes pélvicos por parte de mi médico u otros proveedores de atención médica en MoZaic Care, Inc que participan directamente en mi atención médica.

NATURALEZA DE UN EXAMEN PÉLVICO: Entiendo que mi atención médica puede requerir un examen pélvico físico o visual. Un examen pélvico se define como un examen de los órganos pélvicos utilizando una mano o un instrumento enguantado. Estos incluyen los genitales externos, como el pene, los testículos, la vulva y los órganos internos, como la vagina, el cuello uterino, el útero y el recto.

VALIDEZ DEL CONSENTIMIENTO: El Paciente, o la persona legalmente autorizada del Paciente, entiende que este consentimiento seguirá siendo válido a partir de la fecha en que el Paciente, o la persona legalmente autorizada del Paciente, fechó este consentimiento, a menos que el Paciente o la persona legalmente autorizada del Paciente revoquen lo contrario por escrito. persona legalmente autorizada.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR UN EXAMEN PÉLVICO COMO SE DESCRIBE ARRIBA.

Nombre de la paciente:Firma de la paciente:Fecha:

Nombre del testigo:Firma del testigo: Fecha:

Firma de padre, madre o tutor: Fecha:

El padre, la madre o el tutor deben firmar si la paciente es menor de 18 años de edad, excepto si la paciente es una menor emancipada.