

# 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 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.

## 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	
		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: .....