

CIRUGÍA DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO

CUESTIONARIO



COMPLETE ESTE FORMULARIO LO MEJOR QUE PUEDA. NO HAY PROBLEMA SI NO CONOCE TODAS LAS RESPUESTAS

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE	NOMBRE EN EL SEGURO
FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO
PRONOMBRE	IDIOMA PRINCIPAL
IDENTIDAD DE GÉNERO	SEXO ASIGNADO AL MOMENTO DE NACER

¿QUÉ CIRUGÍA O CIRUGÍAS ESTÁ BUSCANDO EN ESTE MOMENTO?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AUMENTO DE SENOS | <input type="checkbox"/> MASTECTOMÍA (DOBLE INCISIÓN U OJO DE CERRADURA) |
| <input type="checkbox"/> ORQUIECTOMÍA | <input type="checkbox"/> HISTERECTOMÍA |
| <input type="checkbox"/> ESCROTECTOMÍA | <input type="checkbox"/> OOFORECTOMÍA (UNILATERAL O BILATERAL) |
| <input type="checkbox"/> PNECTOMÍA | <input type="checkbox"/> METOIDIOPLASTIA |
| <input type="checkbox"/> VULVOPLASTIA | <input type="checkbox"/> ALARGAMIENTO URETRAL |
| <input type="checkbox"/> VAGINOPLASTIA | <input type="checkbox"/> VAGINECTOMÍA |
| <input type="checkbox"/> RASURADO TRAQUEAL | <input type="checkbox"/> ESCROTOPLASTÍA CON IMPLANTES TESTICULARES |
| <input type="checkbox"/> FEMINIZACIÓN FACIAL | <input type="checkbox"/> MASCULINIZACIÓN FACIAL |
| <input type="checkbox"/> RINOPLASTIA | <input type="checkbox"/> FALOPLASTÍA |
| <input type="checkbox"/> ELIMINACIÓN DE CABELLO FACIAL | <input type="checkbox"/> IMPLANTE DE PENE |
| <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE _____ | <input type="checkbox"/> REVISIÓN DE _____ |

ANTECEDENTE DE GÉNERO

¿Cuándo notó por primera vez que su identidad de género era distinta a su sexo asignado?

¿Cuándo se comenzó a identificar como variante de género o como su género actual?

¿Cuándo se comenzó a mostrar externamente como su identidad de género "todo el tiempo" o "parte del tiempo"?

¿Actualmente consume hormonas para la transición?

En caso afirmativo: ¿Cuándo comenzó?

En caso negativo: ¿Por qué no?

¿Con quién en su vida "se da a conocer"? (por ej., familia, amigos, pareja o parejas, empleador, escuela, proveedores)

¿Quién en su vida respalda su transición? (por ej., familia, amigos, pareja o parejas, empleador, escuela, proveedores)

¿Qué está haciendo actualmente para transitar o aliviar su disforia de género? (por ej., terapia con hormonas, ataduras, relleno, formas de senos, cirugía estética, afeitado, maquillaje, vestirse para evidenciar el género, cambio de nombre o pronombre)

¿Ha tenido complicaciones médicas por utilizar cualquiera de las técnicas de transición antes mencionadas? (por ej., problemas respiratorios, infecciones micóticas, infecciones urinarias recurrentes, acné quístico, anormalidades en análisis de sangre)

¿Alguna vez sintió ansiedad, depresión o experimentó pensamientos suicidas porque se lo percibe como el género incorrecto?

¿Alguna vez sintió ansiedad, depresión o experimentó pensamientos suicidas porque no se ha practicado esta cirugía?

¿Cuáles son los objetivos de su cirugía? ¿De qué manera practicarse esta cirugía en particular le ayudará a aliviar su disforia? ¿De qué manera la inaccesibilidad a esta cirugía empeora su disforia?

ANTECEDENTE SOCIAL

Describa su situación de vivienda actual (por ej., propietario de vivienda, alquiler departamento, SRO, couch surfing, en automóvil, en refugio, en la calle)

¿Cuál es su ingreso mensual?

¿Actualmente posee empleo o es estudiante?

De ser así, describa:

De no ser así, describa el empleo anterior o el antecedente escolar y si está buscando empleo o escuela:

¿Alguna vez recibió ingresos por seguridad social?

¿Cuál es el mayor nivel de educación que ha finalizado?

¿Consume o ha consumido alguna vez productos que contienen cafeína?

Si actualmente consume productos que contienen cafeína, describa cuál y cuán a menudo:

Si ha dejado de consumirlos, cuándo los dejó y describa qué y cuán a menudo solía consumir productos que contienen cafeína:

¿Consume o ha consumido alguna vez productos que contienen tabaco?

Si actualmente consume productos que contienen tabaco, describa cuál y cuán a menudo:

Si ha dejado de consumirlos, cuándo los dejó y describa qué y cuán a menudo solía consumir productos que contienen tabaco:

¿Consume o ha consumido alguna vez productos que contienen marihuana?

Si actualmente consume productos que contienen marihuana, describa cuál y cuán a menudo:

Si ha dejado de consumirlos, cuándo los dejó y describa qué y cuán a menudo solía consumir productos que contienen marihuana:

¿Consume bebidas alcohólicas?

Si es así, describa cuál y cuán a menudo:

Si solía hacerlo, cuándo las dejó y describa qué y cuán a menudo solía consumir:

¿Consume otras drogas recreativas? (por ej., psicodélicos, metanfetamina, cocaína, crack, heroína, medicamentos recetados no según lo recetado, sales de baño, inhalantes)

Si es así, describa cuál y cuán a menudo:

Si solía hacerlo, cuándo las dejó y describa qué y cuán a menudo solía consumir:

HISTORIAL DE SALUD

¿Cuándo estableció por primera vez el cuidado en Lyon Martin?

¿Quién fue su proveedor médico anterior?

¿Quién fue su proveedor médico mental anterior (si corresponde)?

Altura:

Peso:

Enumere cualquier diagnóstico o condición médica:

Enumere cualquier diagnóstico o condición médica mental:

Enumere sus medicaciones:

Enumere sus antecedentes quirúrgicos:

¿Ha tenido usted o cualquier miembro de su familia algún problema con la anestesia?

De ser así, describa:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a?

De ser así, ¿cuándo y por qué?

¿Tiene un/a terapeuta?

De ser así, proporcione su nombre e información de contacto:

¿Tiene un/a psiquiatra?

De ser así, proporcione su nombre e información de contacto:

¿Es actualmente o alguna vez ha sido suicida?

De ser así, detalle la ideación o los intentos actuales o del pasado:

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

Si no posee Medi-Cal, ¿sabe cuánto se espera que pague? (Deducible + Copago quirúrgico + Estadía hospitalaria, si corresponde)

¿Tiene preferencia por algún cirujano o conoce qué cirujano está en la red de su seguro?

¿Tiene preferencia por un marco temporal para la fecha de su cirugía?

¿Está consciente de que su cirujano y su proveedor médico principal querrán verle en citas antes y después de la operación?

¿Ha planificado financieramente pagar suministros posoperatorios así como cualquier costo no esperado?

¿Quién lo/la acompañará a su cirugía?
¿Quién es su respaldo?

¿Cómo planea llegar y retirarse de la cirugía y a las citas posoperatorias?
¿Cuál es su plan alternativo?
¿Necesitará una aplicación paratransito?

¿Su empleador o su escuela le permitirán tomarse el tiempo que necesita para recuperarse?
¿Necesitará una nota del doctor para justificar su tiempo sin trabajar?
¿Necesitará una solicitud de seguro por discapacidad del estado (SDI)?

¿En dónde se quedará luego de la operación?

¿Quién lo/la controlará y lo/la ayudará después de la operación?
¿Necesitará una enfermera que lo/la cuide en la casa?

¿Cuál es su plan para prepararse comida o alimentos?
¿Necesitará una aplicación Project Open Hand?

¿Ha escuchado acerca de TransBucket?

Notas de planificación



CONFIRMACIÓN

Por medio de la presente confirmo que lo antes dicho es verdadero y correcto según mi leal saber.

Firma: _____

Fecha: _____