

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER TEXAS

HISTORIA DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

INFORMACIÓN PERSONAL							
Apellido (según su seguro)	Primer nombre	Inicial del segundo	Nombre preferido	Fecha			
Pronombre de género <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> _____			Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual				
Usted se considera <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/hombre transgénero <input type="checkbox"/> Género <i>queer</i> /no binario <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/mujer transgénero <input type="checkbox"/> _____			¿Qué busca hoy? <input type="checkbox"/> Terapia hormonal feminizante <input type="checkbox"/> Terapia hormonal masculinizante				
¿Cuáles son sus metas de transición?			¿Se trata con hormonas actualmente? <input type="checkbox"/> Sí (especifique abajo) <input type="checkbox"/> No				
¿Ha visto a un proveedor de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí, fecha: _____ <input type="checkbox"/> No		Seleccione las partes corporales que tiene actualmente: <input type="checkbox"/> Pechos <input type="checkbox"/> Cérvix <input type="checkbox"/> Ovarios <input type="checkbox"/> Pene <input type="checkbox"/> Próstata <input type="checkbox"/> Testículos <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Vagina					
Por favor, describa cualquier cirugía de confirmación de género que haya tenido, cuándo la tuvo y cualquier complicación que haya experimentado.			¿Tiene un sistema de apoyo para su transición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quién: _____				
ALERGIAS							
¿Tiene alergia a algo de lo siguiente? <input type="checkbox"/> Aceite de ricino <input type="checkbox"/> Aceite de algodón <input type="checkbox"/> Aceite de sésamo <input type="checkbox"/> Clorobutanol anhidro (derivado cloral)		Otras alergias					
MEDICAMENTOS							
Haga una lista de todos los medicamentos que toma actualmente, incluyendo hormonas, suplementos y hierbas; sus dosis; y por cuánto tiempo los ha tomado.							
HISTORIA DE TERAPIA HORMONAL FEMINIZANTE	HISTORIA DE TERAPIA HORMONAL MASCULINIZANTE						
Llene esta sección solo si quiere terapia hormonal feminizante. Si marca sí en cualquier pregunta, por favor, explique en la sección de notas abajo. Marque aquí si es adoptado: <input type="checkbox"/>	Llene esta sección solo si quiere terapia hormonal masculinizante. Si marca sí en cualquier pregunta, por favor, explique en la sección de notas abajo. Marque aquí si es adoptado: <input type="checkbox"/>						
Usted...	Sí	No	Inseguro	Usted...	Sí	No	Inseguro
¿Tiene historia familiar de cáncer de mama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene historia familiar de enfermedad cardíaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene enfermedad de las arterias coronarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene un estilo de vida sedentario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma warfarina (anticoagulante)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene enfermedad de las arterias coronarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene diabetes tipo 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene diabetes tipo 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene síndrome de ovario poliquístico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene prolactinoma (tumor en la hipófisis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene enfermedad del hígado crónica o terminal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene enfermedad del hígado crónica o terminal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene policitemia (aumento en los glóbulos rojos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene hiperpotasemia (alto nivel de potasio)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene enfermedad vascular o cerebrovascular actual o pasada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene insuficiencia renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene historia de riesgo de coágulos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene historia de riesgo de coágulos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene historia de tumores sensibles al estrógeno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene historia personal o familiar de tumores sensibles al estrógeno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desea un embarazo algún día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quiere causar un embarazo algún día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene actualmente un embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene migrañas con aura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene historia de trastornos psiquiátricos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene historia de trastornos psiquiátricos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOTAS			

* PPGT puede requerir una consulta con un proveedor de salud mental dependiendo de la historia del paciente. Esto **no** es un requerimiento para todos los pacientes y se determinará individualmente.