



Planned Parenthood Pasadena and San Gabriel Valley

Place label here

Revised July 2019

Historial de género

Bienvenido a nuestro centro de salud. Para poder ofrecerle el mejor cuidado médico, nos gustaría entender más sobre usted y sus necesidades. Por favor conteste las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Si hay una pregunta que usted no entiende o no quiere contestar, no es necesario contestarla. Sabemos que estas cosas pueden cambiar, pero responda estas preguntas a partir de hoy.

- Nombre elegido _____
- Nombre legal _____
- Pronombre de género (por ejemplo, el, ella, elle) _____
- Sexo asignado al nacer: _____
- Como se identifica (marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Género queer | <input type="checkbox"/> Trans femme |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Género no conforme | <input type="checkbox"/> Trans masculino |
| <input type="checkbox"/> Transgénero | <input type="checkbox"/> Género no binario | <input type="checkbox"/> Intersexo |
| <input type="checkbox"/> Transexual | <input type="checkbox"/> Dos Espíritus | |
| <input type="checkbox"/> M a H | <input type="checkbox"/> _____ | |
| <input type="checkbox"/> H a M | | |

- ¿Quién es su red de apoyo? ¿Con quién habla sobre sus problemas (por ejemplo, cuando se siente triste o enojado)?
Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Su pareja | <input type="checkbox"/> Terapeuta | <input type="checkbox"/> Organización o agencia comunitaria
(como el LGBT Center) |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo/ grupo
de apoyo en el internet | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Familia de origen | | |

- ¿Se ha declarado trans o vive abiertamente como su identidad de género con la que se siente cómodo en el trabajo o la escuela?

- Nadie sabe Algunas personas saben Todos saben

Si contesto no, ¿se siente cómodo que declararse trans no pondría en peligro su seguridad? Sí No

- ¿Las siguientes personas apoyan su transición/expresión de género?

- | | | | |
|-----------------|---|-------------------|---|
| Trabajo/Escuela | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Familia de origen | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Pareja | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Amigos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

9. ¿Tiene alguna preocupación acerca de declararse transgénero/ género no conforme?

10. ¿Necesita ayuda con alguno de lo siguiente?

- Empleo
- Vivienda/Alojamiento
- Consejería
- Cambio de nombre legal /indicador de genero
- Comida
- Problemas de relación
- Inmigración
- Uso de sustancias/alcohol
- _____

11. ¿Alguna vez ha visto a un proveedor medico acerca de ser transgénero? Sí No

12. ¿Ha tenido la oportunidad de trabajar con un profesional de salud mental con respeto a preocupaciones o inquietudes relacionadas a la identidad de género? Sí No

13. ¿Cuáles tratamientos hormonales ha usado, cuándo y por cuánto tiempo? Pueden ser tratamientos que fueron recetados, que otros compartieron con usted o que usted compro sin receta. Incluya cualquier tratamiento que esté tomando actualmente.

Ninguno

Tratamiento	Dosis	¿Cuándo empezó?	¿Cuánto tiempo lo ha tomado?

14. ¿Ha tenido problemas, complicaciones u otras dificultades con el tratamiento hormonal?

Sí No

Si contesto sí, por favor indíquelos:

15. ¿Si actualmente no está tomando hormonas, le gustaría empezar?

Sí No _____

16. ¿Le gustaría recibir educación sobre como inyectarse usted mismo de manera segura? Sí No

17. ¿Ha tenido alguna cirugía relacionada con el género con respecto a sus órganos reproductivos? Sí No

Si contesto sí, ¿cuáles cirugías ha tenido?:

Procedimientos de masculinización:

- Reconstrucción del pecho masculino (cirugía superior)
- Ooforectomía (extirpación de ovarios)
- Contorno corporal
- Metoidioplastía o Faloplastía (cirugía para que el clítoris funcione más como un pene o la construcción de un pene)
- Histerectomía (extirpación del útero)
- _____

Procedimientos de feminización:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orquiectomía (extirpación de los testículos) | <input type="checkbox"/> Condrolaringoplastía (para que la nuez de Adán tenga un tamaño más pequeño) |
| <input type="checkbox"/> Vaginoplastía | <input type="checkbox"/> Aumento de senos |
| <input type="checkbox"/> Inyección de silicona | <input type="checkbox"/> Contorno corporal |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Feminización facial | <input type="checkbox"/> _____ |

18. ¿Está buscando o considerando alguna cirugía relacionada con el género u otra modificación corporal? Sí No

Si contestó sí, indique cuales:

Procedimientos de masculinización:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reconstrucción del pecho masculino (cirugía superior) | <input type="checkbox"/> Ooforectomía (extirpación de ovarios) |
| <input type="checkbox"/> Contorno corporal | <input type="checkbox"/> Metoidioplastía o Faloplastía (cirugía para que el clítoris funcione más como un pene o la construcción de un pene) |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía (extirpación del útero) | <input type="checkbox"/> _____ |

Procedimientos de feminización:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orquiectomía (extirpación de los testículos) | <input type="checkbox"/> Condrolaringoplastía (para que la nuez de Adán tenga un tamaño más pequeño) |
| <input type="checkbox"/> Vaginoplastía | <input type="checkbox"/> Aumento de senos |
| <input type="checkbox"/> Inyección de silicona | <input type="checkbox"/> Contorno corporal |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de feminización facial | <input type="checkbox"/> _____ |

19. ¿Desea información sobre la preservación de tejidos (congelación de óvulos o de esperma)? Sí No

20. Sabemos que puede ser difícil encontrar un proveedor medico sensible y muchas personas transgénero se abstienen de recibir atención médica. Puede decirnos cuando fue la última vez que:

- Pap cervical _____ Prueba de VPH _____ Examen de pecho _____ Examen de próstata _____

21. ¿Le gustaría hacerse pruebas de enfermedades transmitidas sexualmente hoy? Sí No

22. ¿Le gustaría o necesita un método para prevenir el embarazo? Sí No

23. ¿Antes de un examen, cuáles son sus peticiones o preferencias para que la experiencia sea lo más cómoda posible para usted?

24. Nosotros estamos familiarizados con muchos diferentes tipos de cuerpos y nos sentimos cómodos examinando a todos sin juzgar. Para ayudar con eso, si se siente más cómodo, cuéntenos como usted se refiere a sus partes del cuerpo:

25. ¿Alguna otra pregunta o inquietud?
