

Consentimiento de los padres o tutores para la atención de la reafirmación de género

DOB: _____ MRN: _____ Apellido: _____

Pregúntele a su proveedor de servicios médicos cualquier duda que tenga sobre los medicamentos y las expectativas del tratamiento. Cuando se sienta cómodo y esté listo para comenzar con el medicamento o medicamentos seleccionados, firme este consentimiento en la línea de abajo.

Al firmar este formulario, reconoce que usted y su hijo han recibido la información necesaria para tomar una decisión informada y que entienden la información que su proveedor de servicios médicos les ha dado. Por ejemplo:

- El médico de mi hijo ha hablado conmigo sobre los efectos y los posibles riesgos y beneficios para mi hijo, incluyendo los tratamientos alternativos que sean apropiados o posibles.
- Entiendo que el tratamiento se considera extraoficial en este momento, lo que significa que no está aprobado para este uso por la Administración Federal de Drogas.
- Se me ha proporcionado información por escrito sobre estos medicamentos, así como sobre los efectos conocidos y los posibles riesgos, tanto reversibles como permanentes. Sé que puede haber efectos desconocidos u otros posibles riesgos.
- He hablado con el médico de mi hijo sobre el efecto que este medicamento puede tener en su fertilidad y he recibido información sobre las opciones de preservación de la fertilidad que se desean y aplican.
- Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Con base en esta información, doy mi consentimiento para que mi hijo, _____ *Nombre que usa* empiece el tratamiento con el (los) medicamento(s) seleccionado(s) a continuación.

Lupron
 Testosterona
 Espironolactona
 Estrógenos
 _____ *otros medicamentos*

Firma del paciente ▲ _____ Fecha ▲ _____

Nombre del paciente _____ *Nombre que usa*

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre o tutor _____
Si el padre o tutor mencionado es el único padre o tutor de este paciente, por favor escriba "N/A" en la segunda línea de padre o tutor. Es posible que se le solicite la documentación de la tutela a cualquier padre o tutor antes de iniciar la atención de reafirmación de género en un menor.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre o tutor _____

Firma del proveedor _____ Fecha _____

Nombre del proveedor _____