

CUESTIONARIO APLICACIÓN INICIAL – TERAPIA HORMONAL TRANSGÉNRO

Fecha de Nacimiento:
(MM/DD/AAAA)

Nombre Legal: Sexo Asignado al Nacer: Masculino Femenino
(como aparece en su acta de nacimiento)

Nombre de Preferencia: Sexo Enlistado en su Plan Médico: Masculino Femenino
(si aplica)

Orientación Sexual (quién le atrae– marque todos los que apliquen):

Hombre Mujer Ninguno Todos No Está Seguro/a

Identidad de Género (cuál siente que es su género en lo más profundo de su ser):

Hombre Mujer Ninguno Todos No Está Seguro/a

¿Qué espera que la Terapia de Hormonas haga por usted?

Aparte de hormonas, ¿hay algún otro cambio que usted esté considerando o pensando hacer?

¿Quién está al tanto de su plan respecto al tratamiento de hormonas? (marque todos los que apliquen)

Familiares Amigos Pareja Nadie

Otro (por favor, especifique)

¿Cómo está pensando lidiar con el estrés al que se enfrentará a causa de los cambios?

Si está en proceso de transición a mujer: ¿cómo maneja la depresión cuando se entristece?

Si está en proceso de transición a hombre: ¿cómo maneja la ira cuando le da?

¿Usted vive solo? Sí No

Si vive con otras personas, ¿siente que habita en un lugar seguro para su proceso de transición? N/A Sí No

Si usted trabaja, ¿sus compañeros están al tanto de su identidad sexual, o está considerando hablar con su jefe? N/A Sí No

Si usted va la escuela, ¿sus compañeros están al tanto de su identidad sexual, o está considerando comunicarlo en el colegio? N/A Sí No

Si usted sale con otras personas, o tiene pareja, ¿ha pensado cómo hablarle(s) respecto al tema de su cambio de identidad de género? N/A Sí No

Firma del Paciente: Fecha:

Firma del Empleado: Fecha:

Firma del Personal Médico: Fecha: