

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HORMONIZACIÓN

Solicitud y consentimiento informado para terapia hormonal

Datos personales de la persona declarante

Nombre y apellido: _____.

Documento (tipo y número): _____.

Domicilio (localidad y calle): _____.

Provincia: _____.

Fecha de nacimiento: _____.

Número de historia clínica: _____.

Conforme a lo establecido en la Ley Nacional 26743 de identidad de género, solicito realizar terapia hormonal con _____.

Manifiesto haber recibido, en un espacio de diálogo e intercambio, información clara y comprensible sobre los distintos esquemas de hormonización posibles, sus alcances y limitaciones, así como los efectos adversos y consecuencias asociadas a su uso.

En prueba de conformidad con lo expuesto, suscribo el presente documento en la localidad de _____ a los días ____ del año _____.

En caso de personas menores de edad, datos de adultx referente

Nombre y apellido: _____.

Documento (tipo y número): _____.

Domicilio (localidad y calle): _____.

Provincia: _____.

Fecha de nacimiento: _____.

Firma de representante legal o persona allegada: _____.

Profesional de la medicina _____.

Firma y matrícula: _____.

El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la Historia Clínica y la copia se entrega a la persona solicitante.

La figura de representante legal, persona que ejerce roles de cuidado formal o informal, persona allegada o referente afectivx (acorde a la reglamentación del artículo 7 de la Ley 26061, Decreto 415/2006, que desarrolla y amplía la noción de familia)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE HORMONIZACIÓN

, de de 20

Mi firma certifica que, yo _____ solicito a _____
profesional de la medicina, matricula N° _____ realizar hormonización con
_____ conforme a lo establecido en la Ley Nacional 26743
de Identidad de Género.

Manifiesto haber recibido, en un espacio de diálogo e intercambio, información clara
y comprensible sobre los distintos esquemas de hormonización posibles, sus
alcances y limitaciones, así como los efectos adversos y consecuencias asociadas a
su uso.

Firma de persona solicitante
profesional

Firma

Aclaración y DNI

Aclaración y DNI