



Nombre del Paciente: _____

Nombre Centro Médico : _____

Nombre del proveedor que realiza el consentimiento informado: _____

Su Salud

Está atravesando una transición y/o transformación de género. Como parte de ese proceso, debe decidir si someterse a una cirugía de orquitectomía bilateral (es decir, la extirpación de ambos testículos) para ayudar a que su cuerpo tenga una apariencia más femenina.

Este formulario de consentimiento explica más sobre la cirugía y los posibles riesgos. Después de leer completamente este formulario y hacer cualquier pregunta que tenga para su(s) médico(s), podrá decidir si la cirugía de orquitectomía bilateral es adecuada para usted.

El Procedimiento y el Seguimiento

Se le administrará anestesia antes del procedimiento. El procedimiento puede realizarse con anestesia local, sedación intravenosa o anestesia general.

Durante una orquitectomía bilateral, el cirujano hará una incisión en el centro del escroto, removerá ambos testículos y luego cerrará la incisión, a menudo con suturas. Es importante entender que, si su transición eventualmente incluye una vaginoplastia, el tejido escrotal puede utilizarse para crear el revestimiento vaginal en lugar de desecharse. Una vaginoplastia es la construcción de una vagina utilizando injertos de piel. Hable de esta opción con su médico antes de realizar la orquitectomía bilateral, y también informe a su médico sobre cualquier cirugía futura que esté considerando. Además, puede considerar la preservación de la fertilidad mediante el almacenamiento de esperma antes de la cirugía.

El procedimiento tomará entre una y dos horas. Podrá regresar a casa el mismo día. La recuperación física del procedimiento durará entre unos pocos días hasta una semana. Es probable que su médico le recete medicamentos para el dolor y antibióticos para prevenir infecciones.

Idealmente, el procedimiento resultará en una disminución drástica de la testosterona, lo que podría permitirle reducir su dosis de hormonas feminizantes. También puede ayudar a reducir la disforia de género al acercarlo/a más a que su apariencia física coincida con su identidad de género.

Debido a la naturaleza permanente de esta cirugía, requerimos al menos una carta de evaluación de salud mental por parte de un profesional de salud mental.



Riesgos y Problemas Comunes

Existen riesgos asociados a esta cirugía, que incluyen, pero no se limitan a:

Riesgos y Problemas Comunes de la Cirugía de Orquitectomía Bilateral

- **Coágulos de sangre:** Un coágulo es una masa de sangre que puede detener el flujo sanguíneo. Puede comenzar en las piernas y viajar a los pulmones, lo que puede causar problemas respiratorios y dolor en el pecho. Esto es una emergencia médica que puede causar la muerte.
- **Reacción alérgica:** Puede tener una reacción leve como una erupción cutánea o una grave como hinchazón de la lengua o garganta. Una reacción alérgica grave es una emergencia médica que puede causar la muerte.
- **Problemas con la anestesia:** Puede tener una mala reacción a los medicamentos anestésicos administrados para el procedimiento. Los riesgos de la anestesia incluyen reacción alérgica, náuseas, daño a los dientes, dolor de garganta, ronquera, daño a las cuerdas vocales, vómitos, recuerdo del procedimiento y aspiración del contenido gástrico.
- **Sangrado:** Puede tener sangrado en el sitio quirúrgico hasta que la herida sane. Si tiene mucho sangrado, debe llamar a su médico o acudir a la sala de emergencias más cercana.
- **Cicatrización tardía:** Si esto ocurre, puede necesitar más cirugía.
- **Infección:** Puede contraer una infección causada por gérmenes. Si esto sucede, necesitará ser tratado con medicamentos que maten los gérmenes o ralenticen su crecimiento.
- **Lesión nerviosa:** Un nervio puede dañarse o estirarse. Si esto sucede, la piel en o alrededor del sitio quirúrgico puede sentirse adormecida o dolorida. Esta sensación puede durar un corto o largo plazo, o nunca desaparecer.
- **Tejido cicatricial:** Se cortará la piel y se formará tejido cicatricial grueso mientras sana la herida.
- **Decoloración de la piel:** La piel que está sanando puede quedar más clara o más oscura. Esto podría no desaparecer.
- **Resultado insatisfactorio:** No hay garantía de que esté satisfecho con los resultados. Esta es una gran transformación corporal y el área quirúrgica puede no lucir como esperaba. Por esta razón, puede necesitar cirugía adicional. Además, la cirugía puede no tener efecto, o incluso empeorar, cualquier problema psicológico existente antes del procedimiento.
- **Lesión a órganos cercanos:** Los órganos adyacentes al escroto pueden lesionarse durante la cirugía.
- **Infertilidad:** La cirugía resultará en esterilización total. No podrá embarazar a nadie. Algunos pacientes optan por recolectar y congelar su esperma antes de la cirugía.
- **Disminución de la libido y energía:** La cirugía puede resultar en menor deseo sexual y menos energía.

- **Osteoporosis:** La extirpación de los testículos puede causar baja densidad ósea y osteoporosis, lo cual puede provocar fracturas dolorosas.

Si experimenta cualquiera de los problemas mencionados, podría necesitar tratamientos adicionales u hospitalización más prolongada de lo previsto.

Otras Opciones

Si decide no someterse a una orquitectomía bilateral, existen otras alternativas.

La extirpación de los testículos y el escroto no es la única manera de lograr una apariencia más femenina y vivir como mujer.

Su médico le informará qué otras opciones pueden ser mejores para usted. La efectividad de otros tratamientos dependerá de su problema de salud específico.

Más Información

El uso de la orquitectomía bilateral para la transición o afirmación de género es relativamente reciente, por lo que los efectos a corto y largo plazo aún no se comprenden completamente.

Tendrá que dejar de tomar hormonas algunas semanas antes y después de cualquier cirugía.

Al firmar este formulario, usted acepta:

- Informar a su médico si está tomando o comienza a tomar cualquier medicamento (recetado, ilícito, de venta libre, herbario o natural) o alcohol.
- Informar a su médico sobre cualquier problema nuevo que ocurra antes o después de la cirugía.
- Asistir a todas las citas de seguimiento.

Consentimiento para el Tratamiento

____ Iniciales del paciente. Este formulario le explicó la cirugía, riesgos y problemas comunes, y otras opciones disponibles para el tratamiento. Si después de revisar el formulario con su médico aún no comprende completamente el procedimiento, los riesgos, problemas comunes u otras opciones, no firme hasta que todas sus preguntas hayan sido respondidas y se sienta completamente cómodo para continuar.

Tengo ____ ninguna alergia a medicamentos conocida o ____ las alergias listadas a continuación:



RECURSOS DE APOYO PSICOLÓGICO

❖ Ren Massey, PhD

Dirección: 1244 Clairmont Rd, #101, Decatur, GA 30030

Tel: 404-292-3400

❖ Dr. Faughn Adams

Dirección: 1244 Clairmont Rd, SUITE 204, Decatur, GA 30030

Tel: 404-354-6244

❖ Dr. Ana Adelstein

Dirección: 675 Seminole Ave NE, #307, Atlanta, GA 30307

Tel: 678-701-9559

❖ Mick D. Rehrig, LCSW

Dirección: 1273 Metropolitan Ave SE, Box#17624, Atlanta, GA 30316

Tel: 678-335-1270

❖ Smruti Desai, LPC

Dirección: 315 W Ponce De Leon Ave, SUITE 370, Decatur, GA 30030

Tel: 404-323-3553

❖ Anneliese A. Singh, PhD

Dirección: 75 Wiltshire Dr, Avondale Estates, GA 30002

Tel: 404-849-8186

❖ Katie Leikam, LCSW

Dirección: 118 E Maple St, Decatur, GA 30030

Tel: 404-800-7586

Cuando esté listo(a) para programar la cirugía o si tiene preguntas sobre el financiamiento, por favor comuníquese con
Kathy.Johnson@advancedurology.com.



Dr. [Nombre del Doctor]

[Calificaciones]

[Especialidad médica]

Proveedor de Medicare:

[FECHA]

Re: [Nombre del Paciente]

Puede encontrar y reemplazar los siguientes términos: [Nombre del Paciente], [Primer Nombre del Paciente], [Nombre del Doctor] y [Nombre del Procedimiento].

También puede reemplazar los pronombres en esta carta sustituyendo [Pronombre 1] por el pronombre sujeto singular (por ejemplo: él, ella, elle) y [Pronombre 2] por el pronombre posesivo singular (por ejemplo: su, sus, de él/ella).

Gracias por atender a [Nombre del Paciente], quien está listo/a y es apto/a para [Nombre del Procedimiento] como parte de su afirmación de género.

[Primer Nombre del Paciente] es [identidad del paciente, por ejemplo: una mujer trans / una persona no binaria]. Los pronombres son [Pronombre 1]/[Pronombre 2].

[Primer Nombre del Paciente] fue evaluado/a el [FECHA].

[Describir identidad de género, pronombres, evaluación original].

Desde su evaluación original [progreso, cambios, etc.].

[Especificar inquietudes médicas y de salud mental y su control].

[Primer Nombre del Paciente] tiene una comprensión sólida sobre la naturaleza, propósito y resultados del [Nombre del Procedimiento], incluyendo el tiempo de recuperación y cualquier efecto secundario.

[Cualquier otro comentario adicional].

La capacidad de [Primer Nombre del Paciente] para otorgar consentimiento para este procedimiento fue evaluada específicamente.

- Está preparado/a para tomar una decisión
- Tiene un plan sólido para la afirmación de género
- Comprende las alternativas
- Retiene la información — y recuerda las ventajas y desventajas
- Puede equilibrar esos factores para llegar a una decisión
- Comprende la naturaleza y el propósito de [Nombre del Procedimiento]
- Comprende los conceptos de permanencia e irreversibilidad
- Libre de presiones, incluyendo dolor, para tomar esta decisión
- El tratamiento es en su mejor interés
- Tiene la madurez e intelecto suficientes para tomar la decisión
- Cumple con todos los criterios establecidos en la versión 7 de los Estándares de Atención de WPATH