

CUESTIONARIO E HISTORIA DEL PACIENTE MASCULINO

Nombre: _____ Fecha: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo)

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Telefono _____ # Celular: _____ # Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relacion: _____

de Telefono _____ # Celular: _____ # Trabajo: _____

Nombre de Doctor Primario: _____ # de Telefono: _____

Estado Civil (marque uno): Casado Divorciado Viudo Vivo con Compañero/a Soltero
En el caso de que no podamos comunicarnos con usted por el medio que proporcionó anteriormente, nos gustaría saber si tenemos permiso para hablar con su cónyuge o con otra persona importante sobre su tratamiento. Al proporcionar la información a continuación, nos da permiso para hablar con su cónyuge o persona importante sobre su tratamiento

Nombre: _____ Relacion: _____

de Telefono _____ # Celular: _____ # Trabajo: _____

Social:

- Soy sexualmente activo.
- Quiero ser sexualmente active.
- He completado mi familia.
- He usado esteoides en el pasado para propósitos atléticos.

Habits:

- Fumo cigarillos o cigarros _____ al dia.
- Tomo bebidas alcohólicas _____ a la semana.
- Bebo más de 10 bebidas alcohólicas a la semana.
- Yo uso cafeína _____ al dia.

HISTORIAL MÉDICO

Alergias a medicamentos: _____

¿Alguna vez has tenido problemas con la anestesia? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Medicamentos actuales: _____

Terapia de reemplazo hormonal actual: _____

Terapia de reemplazo hormonal pasada: _____

Nutrición/Suplementos vitamínicos: _____

Cirugías, lista de todos y cuando: _____

Otra información pertinente: _____

Enfermedades Médicas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta Presion | <input type="checkbox"/> Cáncer testicular o de próstata |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> PSA elevado |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de orina o tomo Flomax o Avodart |
| <input type="checkbox"/> Coágulo de sangre/Embolia pulmonal | <input type="checkbox"/> Enfermedad cronica del higado (hepatitis, hígado grasoso, cirrosis) |
| <input type="checkbox"/> Hemocromatosis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Depresion/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Desorden psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Cancer (tipo): _____ | |

Año: _____

Entiendo que si comienzo el reemplazo de testosterona con cualquier tratamiento de testosterona, incluidos los gránulos de testosterona, produciré menos testosterona a partir de mis testículos y si detengo el reemplazo, puedo experimentar una disminución temporal en mi producción de testosterona. Los Pellets de testosterona deberían estar completamente fuera de su sistema en 12 meses. Al comenzar el tratamiento, acepto todos los riesgos de la terapia que se mencionan en este documento y los riesgos futuros que podrían informarse. Entiendo que se pueden alcanzar niveles fisiológicos más altos de lo normal para crear el equilibrio hormonal necesario.

Nombre

Firma

Fecha

BHRT Lista de Control Masculino

Nombre: _____

Fecha: _____

Correo Electronico: _____

Sintomas (Porfavor marcar)	Nunca	Leve	Moderado	Severo
Disminucion en el bienestar general				
Fatiga				
Dolor muscular y de articulaciones				
Sudoracion Excesiva				
Problemas para dormir				
Necesidad de dormir mas				
Irritabilidad				
Nerviosismo				
Ansiedad				
Estado de ánimo depresivo				
Agotamiento/carece de vitalidad				
Disminucion de habilidad mental/Concentracion				
Sentimiento de que yapaso su etapa				
Se siente agotado/que toco fondo				
Disminucion de habilidad				
Aumento de peso/grasa de vientre/no puede bajar de peso				
Desarrollo de pechos				
Encogimiento de Testiculos				
Perdida de cabello				
Disminucion de crecimiento de barba				
Nuevos dolores de migraña				
Disminucion de deseo				
Disminucion de ereccion matutina				
Disminucion de capacidad para tener sexo				
Eyaculaciones infrecuentes o ausentes				
No ha tenido resultados con medicamentos				

HISTORIA FAMILIAR

	NO	SI
Enfermedad del Corazón		
Diabetes		
Osteoporosis		
Alzheimer's Disease		



Exención del Examen de Próstata para Terapia de Testosterona

Yo, (nombre del paciente), _____ elijo voluntariamente someterme a la implantación de una terapia de pellets de testosterona bioidéntica subcutánea con Plano Wellness, Dra. Marlene Díaz.

No se ha demostrado que la testosterona cause cáncer de próstata, pero existe la posibilidad de que la suplementación pueda acelerar el crecimiento tumoral de algunos cánceres de próstata. Un examen de próstata es el mejor método para la detección del cáncer de próstata temprano. Su próstata debe ser examinada anualmente por su médico de atención primaria. El papel de su proveedor de tratamiento de terapia hormonal no incluye la atención primaria.

Mi médico tratante no ha realizado un examen de próstata. Acepto que estoy y estaré bajo el cuidado de otro médico para atención primaria y otras afecciones médicas. Mi médico tratante ha discutido la importancia y la necesidad del examen de próstata desde que recibí la terapia de suplemento de testosterona.

Reconozco que soy plenamente responsable de cualquier lesión o enfermedad personal, accidente, riesgo o pérdida (incluidos los problemas de muerte y / o próstata) que pueda sufrir en relación con mi decisión de someterme a una terapia de testosterona, incluido, entre otros, cualquier cáncer eso debería desarrollarse en el futuro, ya sea que se considere una estimulación de un cáncer actual o un nuevo cáncer. Por la presente libero y acepto ser inofensivo con el Proveedor de Tratamiento y con cualquiera de sus médicos, enfermeras, oficiales, directores, empleados y agentes de toda responsabilidad, reclamos, demandas y acciones que surjan o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño a la propiedad, enfermedad, lesión o accidente que pueda sufrir yo como resultado de la terapia con testosterona. Reconozco y acepto que se me ha brindado la oportunidad adecuada para revisar este documento y hacer preguntas. Este acuerdo de exención y exención de responsabilidad es y será vinculante para mí y para mis herederos, representantes y representantes personales.

Nombre

Firma

Fecha

Lo que podría ocurrir después de una INSERCIÓN PELLET

Una transición hormonal significativa se producirá en las primeras cuatro semanas después de la inserción de sus pellet hormonales. Por lo tanto, ciertos cambios podrían desarrollar que pueden ser molestos.

- **RETENCION DE LIQUIDO:** La testosterona estimula el músculo para crecer y retener agua, que puede resultar en un cambio de peso de dos a cinco libras. Esto es sólo temporal. Esto sucede con frecuencia con la primera inserción, y especialmente durante condiciones climáticas cálidas y húmedas.
- **HINCHAZON DE MANOS Y PIES:** Esto es común en climas cálidos y húmedos. Se puede tratar bebiendo mucha agua, reducir su consumo de sal, tomar cápsulas de vinagre de sidra de diario, (que se encuentran en la mayoría de tiendas de salud y alimentación) o tomando un diurético suave, que la oficina puede ordenar.
- **CAMBIOS DE HUMOR/IRRITABILIDAD:** Estos pueden ocurrir si usted estaba bastante deficiente en hormonas. Ellos desaparecen cuando suficientes hormonas están en su sistema. 5HTP puede ser útil para este síntoma temporal y se puede comprar en muchas tiendas de alimentos.
- **ESPINILLAS:** Algunos granos pueden surgir si el cuerpo es muy deficiente en la testosterona. Esto dura un corto período de tiempo y puede ser manejado con una buena rutina de limpieza, astringentes y tóner. Si estas soluciones no ayudan, por favor llame a la oficina de sugerencias y posiblemente recetas.
- **CAIDA DE PELO:** Es poco frecuente y por lo general se presenta en pacientes que convierten la testosterona en DHT. El ajuste de dosis generalmente reduce o elimina el problema. Los medicamentos recetados pueden ser necesarios en casos raros.
- **CRECIMIENTO DE CABELLO:** La testosterona puede estimular un crecimiento de pelo en la barbilla, pecho, pezones y / o parte inferior del abdomen. Esto tiende a ser hereditario. Usted también puede tener que afeitarse las piernas y los brazos con más frecuencia. El ajuste de dosis generalmente reduce o elimina el problema.

Nombre

Firma

Fecha

Paquete Informativo para Pacientes Nuevos Masculinos

El contenido de este paquete es para comenzar el proceso de restablecer su vitalidad.

Favor de tomar su tiempo para leer detenidamente y contestar todas las preguntas de este cuestionario: Si es posible, favor de no dejar en blanco ninguna pregunta.

Gracias por su interes en BioTE Medical[®]. Para determinar si usted es candidato para recibir el “pellet” de “bio-identical testosterone”, debemos evaluar los resultados de laboratorio y el cuestionario contestado por usted. Toda la informacion sera evaluada antes de su consulta, para determinar si BioTe Medical puede apoyarlo en mantener un nivel de vida sana. **Favor de completar los siguientes requisitos antes de presentarse a su cita:**

Favor de presentarse 2 semanas antes o mas (en ayunas) a cualquier laboratorio Quest o LabCorp. Si no tiene seguro medico o su deducible es muy alto, favor de llamar a nuestra oficina para hacer arreglos de pago. Nota: Es su responsabilidad informarse si su seguro medico cubre estos gastos y si ellos tienen preferencia de laboratorio. **Porfavor no se olvide de ayunar 12 horas antes de su toma de sangre. Sus resultados de sangre pueden tardarse hasta 2 semanas para llegar a nuestra oficina.**

Sus analisis de sangre deben de tener los siguientes estudios:

- Estradiol
- Testosterone Free & Total
- PSA Total
- TSH
- T4, Free
- T3, Free
- Thyroid Peroxidase & Thyroglobulin antibodies
- CBC
- Complete Metabolic Panel
- HgbA1c
- Vitamin D
- Vitamin B12
- Prolactin
- DHEA-S
- Ferritin
- Lipid Panel with LDL fractionation (Optional) **(Debe ser en ayunas para que sean exactos)**

Requisitos de analisis masculino de sangre a las 5 semanas despues de la insercion:

- Estradiol
- Testosterone Free & Total
- PSA Total (Si PSA estaba e limiteen la primera insercion)
- CBC
- Lipid Panel (Optional) **(Necesita ser en ayunas)**
- TSH, Free T4, T3 Free **(Solo si se le receto medicina para la tiroides)**

Consentimiento de Insercion de Testosterona

Pellets de hormonas bio-identicas son hormonas concentradas, biologicamente identicas a las hormonas que hace su propio cuerpo. La testosterona se hizo en sus testiculos antes de la "andropausia." Hormonas Bio-identicas tienen los mismos efectos en su cuerpo como su propia testosterona que hacia su cuerpo cuando era mas joven. Pellets de Hormonas Bio-identicas son hechas con de batatas y el remplazo de hormonas bio-identicas usando pellets se ha usado en Europa, U.S. y Canada desde 1930. Sus riesgos son similares a los de cualquier reemplazo de testosterona, pero pueden ser de menor riesgo que las formas alternativas. Durante la andropausia, el riesgo de no recibir la terapia hormonal adecuada puede pesar más que los riesgos de sustitución de testosterona.

Los riesgos de no recibir la terapia de testosterona después de la andropausia incluyen pero no se limitan a: Arteriosclerosis, elevación del colesterol, la obesidad, la pérdida de fuerza y resistencia, el envejecimiento generalizado, osteoporosis, trastornos del estado de ánimo, depresión, artritis, pérdida de la libido, disfunción eréctil, pérdida de tono de la piel, diabetes, aumentó en conjunto procesos inflamatorios, la demencia y la enfermedad de Alzheimer, y muchos otros síntomas del envejecimiento.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para la inserción de pellets de testosterona en mi cadera. He sido informado de que puedo experimentar ninguna de las complicaciones de este procedimiento que se describe a continuación. Los riesgos quirúrgicos son los mismos que para cualquier procedimiento médico menor.

Los efectos secundarios pueden incluir:

Sangrado, moretones, hinchazón, infección y dolor. La falta de efecto (normalmente por falta de absorción). Adelgazamiento del cabello, calvicie de patrón masculino. El aumento del crecimiento de los tumores de próstata. Extrusión de pellets. Sexualidad hiperactiva (libido hiperactiva). Diez a quince por ciento de reducción en el tamaño del testículo. También puede haber una reducción significativa en la producción de esperma.

Existe un cierto riesgo, incluso con la terapia de testosterona natural, de que un cáncer de próstata actual que ya existente a crecer más rápidamente. Por esta razón, un análisis de sangre del antígeno específico de la próstata que se debe hacer antes de comenzar la terapia con pellets de testosterona y se llevará a cabo cada año a partir de entonces. Si hay alguna duda sobre el cáncer de próstata, es posible un seguimiento con una ecografía de la glándula de la próstata pueda ser necesario, así como una referencia a un especialista cualificado. Mientras que los síntomas urinarios suelen mejorar con la testosterona, rara vez pueden empeorar, o empeorar antes de mejorar. La terapia con testosterona puede aumentar su hemoglobina y hematocrito, o espesar la sangre de uno. Este problema se puede diagnosticar con un examen de sangre. Por lo tanto, un recuento sanguíneo completo (hemoglobina y hematocrito) Debe hacerse por lo menos anualmente. Esta condición se puede revertir simplemente mediante la donación de sangre periódicamente.

BENEFICIOS DE PELLETS TESTOSTERONA INCLUYES:

El aumento de la libido, la energía, y el sentido de bienestar. Aumenta la masa muscular y la fuerza y la resistencia. Disminución de la frecuencia y severidad de las migrañas. Disminución de cambios de humor, ansiedad e irritabilidad (secundaria a la disminución hormonal). Disminución de peso (Aumento de la masa corporal magra). Disminución en el riesgo o la gravedad de la diabetes. Disminución del riesgo de enfermedad de Alzheimer y Demencia. Disminución del riesgo de enfermedades del corazón en los hombres menores de 75 años de edad, sin antecedentes pre-existente de enfermedades del corazón.

El 31 de enero de 2014, la FDA emitió una Comunicación de Seguridad de Medicamentos que indica que la FDA está investigando el riesgo de ataque cardíaco y muerte en algunos hombres que toman productos de testosterona aprobado por la FDA. Se encontró que los riesgos son en los hombres mayores de 65 años con enfermedad cardíaca preexistente y los hombres mayores de 75 años con o sin pre-existentes enfermedad cardíaca. Estos estudios se realizaron con parches de testosterona, cremas de testosterona y las inyecciones de testosterona sintética y no incluyen la terapia hormonal pellet subcutáneo.

Estoy de acuerdo en informar de inmediato a la oficina de mi médico de cualquier reacción adversa o problema que pudiera estar relacionado con mi terapia. Las complicaciones potenciales se han explicado a mí y estoy de acuerdo de que tengo la información recibida en relación con los riesgos, Complicaciones y beneficios potenciales, y la naturaleza de los tratamientos bio-idénticas y otros y han tenido todas mis preguntas contestadas. Por otra parte, no se me ha prometido ni garantizado los beneficios específicos de la administración de la terapia de bio-idénticas. Acepto estos riesgos y beneficios y doy mi consentimiento para la inserción de gránulos hormonales bajo mi piel. Este consentimiento está en curso para esta y todas las inserciones futuras. Entiendo que el pago se debe en su totalidad al momento del servicio. También entiendo que es mi responsabilidad de someter una reclamación a mi compañía de seguros para su posible reembolso. Se me ha informado que la mayoría de las compañías de seguros no consideran la terapia con pellets de ser un beneficio cubierto y mi compañía de seguros no pueden devolverme, dependiendo de mi cobertura.

Entiendo que el pago se debe en su totalidad al momento del servicio. También entiendo que es mi responsabilidad de someter una reclamación a mi compañía de seguros para su posible reembolso. Se me ha informado que la mayoría de las compañías de seguros no consideran la terapia con pellets de ser un beneficio cubierto y mi compañía de seguros no pueden devolverme, dependiendo de mi cobertura. Reconozco que el profesional no tiene contratos con ninguna compañía de seguros y no está obligada contractualmente a pre-certificar el tratamiento con mi compañía de seguros o contestar cartas de apelación.

Nombre

Firma

Fecha

Instrucciones de post-inserción para masculinos

- El sitio de inserción se ha cubierto con dos capas de vendajes. Retire el vendaje de presión externa en cualquier momento después de 24 horas. Debe retirarse tan pronto como se moje. Usted puede reemplazarlo con un vendaje para atrapar cualquier anestésico que puede rezumar. La capa interna es una cinta de espuma a prueba de agua o tiras estériles. Deberán retirarse en 7 días.
- Recomendamos poner una bolsa de hielo sobre el área de inserción un par de veces durante unos 20 minutos cada vez durante las próximas 4 a 5 horas .
- No tome baños de tina o meterse en una bañera o piscina caliente durante **7 días**. Puede ducharse, pero no frote el sitio hasta que la incisión haya sanado bien (cerca de 7 días).
- **No hacer ejercicios pesados por el área de la incisión por 7 días**, esto incluye correr, montar a caballo, etc
- El bicarbonato de sodio en la anestesia puede hacer que el sitio se hinche durante 1-3 días.
- El lugar de inserción puede ser incómodo por un máximo de 2 a 3 semanas. Si hay picazón o enrojecimiento puede tomar Benadryl para el alivio, 50 mg. por vía oral cada 6 horas. Precaución esto puede provocar mareo!
- Puede experimentar moretones, hinchazón y / o enrojecimiento de la zona de inserción que puede durar desde unos pocos días hasta 2 a 3 semanas.
- Es posible que note alguna decoloración rosada o sanguinolenta del vendaje externo. Esto es normal.
- Si tiene sangrado de la incisión, aplique presión firme durante 5 minutos.
- Por favor llame si tiene cualquier sangrado que no se alivia con la presión (no rezuma), ya que esto no es normal.
- Por favor llame si tiene pus que sale de la zona de inserción, ya que esto no es normal.

Recordatorios:

- Recuerde que debe ir para su post-inserción exámenes de sangre **5 semanas** después de la inserción.
- La mayoría de las mujeres tendrán que re-insercionarse sus pellets de **5-6 meses** después de su inserción inicial.
- Por favor llame tan pronto cuando los síntomas que fueron relevados gracias a los pellets comiencen a volver para hacer una cita para una re-inserción. El cargo por la segunda visita sólo será para la inserción y no una consulta.

Medicamentos adicionales que pueden ser recomendados:

Suplemento para la tiroides Debe tomarse todas las mañanas con agua con el estómago vacío. Por favor, espere 30 minutos antes de comer o beber algo que no sea agua. Esto incluye café, alimentos, medicamentos, vitaminas o suplementos.

Espironolactona Se toma mejor en las mañanas, aunque no con un suplemento para la tiroides. Este es un diurético suave. Es aceptable omitir una dosis si no tendrá acceso al agua o estará al aire libre con riesgo de deshidratación.

Reconozco que he recibido una copia y entiendo las instrucciones de este formulario.

Nombre

Firma

Fecha



SOLICITUD PARA RESTRINGIR LA DIVULGACION AL PLAN DE SALUD

Solicito que Plano Wellness Center, PLLC & Plano Wellness Medical, PLLC (la "Práctica") no divulgue mi información de salud protegida (PHI) a mi plan de salud u otra compañía de seguros de terceros. De conformidad con la Sección 13405 (a) de la Ley HITECH, entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre si la Práctica divulga mi información médica protegida (PHI) a mi plan de salud y la Práctica debe aceptar mi solicitud, a menos que la información Se requiere que se divulgue a mi plan de salud para cumplir con la ley.

Los registros de los servicios / artículos restringidos que se enumeran a continuación ("Servicios / Artículos restringidos") no se divulgarán ni se facturarán a mi plan de salud ni a otra compañía de seguros de terceros para fines de pago u operaciones de atención médica.

Entiendo que soy financieramente responsable de estos Servicios / Artículos Restringidos y que pagaré de su bolsillo, en su totalidad, en el momento del servicio para que la Práctica acepte esta solicitud de restricción.

RESTRICCION SOLICITADA:

Servicios / Artículos a restringir:

Consulta y / o tratamiento para síntomas compatibles con niveles bajos de testosterona.

Otro: _____

(Entiendo que soy responsable de los cargos completos una vez finalizado)

Firma: _____ Fecha: _____

USO DE PRACTICA SOLAMENTE:

Nombre de Paciente: _____

Domicilio: _____