

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

PAQUETE PARA PACIENTES FEMENINAS NUEVAS

El paquete de este contenido es el primer paso para recuperar la vitalidad. Tómese el tiempo para leer este material con atención y responder todas las preguntas de la manera más completa posible.

Gracias por su interés en la optimización hormonal. Para determinar si es una candidata para el reemplazo con hormonas bioidénticas, necesitamos información de laboratorio y sus formularios de historia clínica. Evaluaremos su información antes de la consulta para determinar si la terapia de reemplazo con hormonas bioidénticas Biote Method® puede ayudarla a tener una vida más saludable.

Complete las siguientes tareas antes de la cita: **2 semanas o más antes de la consulta programada** realícese la extracción de sangre en el laboratorio de su elección. Si se ha realizado extracciones para análisis de laboratorio en otro consultorio en el último año, envíenos una copia de estos resultados ANTES de realizarse la extracción, ya que el seguro podría no cubrir análisis duplicados. Solicitamos los análisis que se enumeran a continuación. **Es su responsabilidad averiguar si el seguro cubrirá el costo y qué laboratorio lo debe realizar.**

El perfil de análisis de sangre inicial debe incluir las siguientes pruebas, aunque se pueden añadir pruebas adicionales si padece otros síntomas o afecciones:

Estradiol	_____
FSH	_____
Testosterona total	_____
T3, libre	_____
T4 total	_____
TSH	_____
TPO (peroxidasa tiroidea)	_____
CSC	_____
Perfil metabólico completo	_____
25-hidroxivitamina D	_____
Vitamina B12	_____
Perfil lipídico (opcional)	_____
Homocisteína (opcional)	_____
A1C (opcional)	_____
T3 reversa (opcional)	_____
Anticuerpos antitiroglobulina (opcional)	_____

Los análisis de laboratorio posteriores a la inserción en mujeres se requieren a las 4 o 6 semanas según el criterio del profesional:

FSH	_____
Testosterona total	_____
Estradiol	_____
T3 libre, T4 libre, TSH (solo si le han recetado medicamentos para la tiroides)	_____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

EVALUACIÓN DE SALUD DE LA MUJER

¿Cuál de los síntomas a continuación aplican para usted en este momento (en las últimas 2 semanas)? Marque el casillero correspondiente para cada síntoma. Para los síntomas que no aplican en este momento o ya no aplican, marque “ausente”.

Síntomas	Ausente (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Muy intenso (4)
Sofocos	☐	☐	☐	☐	☐
Sudoración (sudores nocturnos o más episodios de sudoración)	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de sueño (tiene dificultad para conciliar el sueño, duerme muchas horas en la noche o se despierta muy temprano)	☐	☐	☐	☐	☐
Estado de ánimo depresivo (se siente decaída, triste, al borde de las lágrimas, sin motivación)	☐	☐	☐	☐	☐
Irritabilidad (cambios de humor, sensación de agresividad, se enoja con facilidad)	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedad (inquietud interna, sensación de pánico, de nervios, tensión interna)	☐	☐	☐	☐	☐
Cansancio físico (descenso general en la fuerza muscular o resistencia, descenso en el desempeño laboral, fatiga, falta de energía, resistencia o motivación)	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas sexuales (cambio en el deseo sexual, la actividad sexual, los orgasmos o la satisfacción)	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas de vejiga (dificultad para orinar, mayor necesidad de orinar, incontinencia)	☐	☐	☐	☐	☐
Síntomas vaginales (sensación de sequedad o ardor en la vagina, dificultad durante la relación sexual)	☐	☐	☐	☐	☐
Síntomas en las articulaciones y los músculos (dolor o inflamación de las articulaciones, debilidad muscular, mala recuperación después del ejercicio)	☐	☐	☐	☐	☐
Dificultades con la memoria	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas para pensar, concentrarse o razonar	☐	☐	☐	☐	☐
Dificultad para aprender algo nuevo	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas para pensar en la palabra correcta para describir personas, lugares o cosas al hablar	☐	☐	☐	☐	☐
Aumento en la frecuencia o intensidad de los dolores de cabeza o las migrañas	☐	☐	☐	☐	☐
Pérdida de cabello, cabello quebradizo o con textura diferente	☐	☐	☐	☐	☐
Frío constante o manos o pies fríos	☐	☐	☐	☐	☐
Aumento de peso o dificultad para perderlo a pesar de hacer dieta y ejercicio	☐	☐	☐	☐	☐
Piel seca o agrietada	☐	☐	☐	☐	☐
Puntuación total	_____				

Puntuación de intensidad: Leve: 1-20/Moderado: 21-40/Intenso: 41-60/Muy intenso: 61-80

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

RECONOCIMIENTO DEL COSTO DEL REEMPLAZO HORMONAL Y DESCARGO DE RESPONSABILIDADES DEL SEGURO

La medicina preventiva y el reemplazo con hormonas bioidénticas son una práctica única y se consideran una forma de medicina alternativa. A pesar de que los médicos y el personal de enfermería están certificados como médicos, enfermeros, enfermeros especializados o médicos asistentes, el seguro no reconoce el reemplazo con hormonas bioidénticas como medicina necesaria, SINO se considera más como la cirugía plástica (medicina estética). Por lo tanto, en la mayoría de los casos el seguro médico no cubre el reemplazo con hormonas bioidénticas.

Las empresas de seguro no tienen la obligación de pagar por nuestros servicios (consultas, inserciones de pellets o análisis de sangre realizados en nuestro centro). Exigimos el pago al prestar el servicio y, si lo elige, le proporcionaremos un formulario para enviar a la empresa de seguro un recibo que demuestre que pagó de su bolsillo. Sin embargo, NO nos comunicaremos de ninguna manera con las empresas de seguro.

Este formulario y el recibo son su responsabilidad y le sirven como prueba del tratamiento. Nosotros no llamaremos, escribiremos, certificaremos previamente, apelaremos ni contactaremos a la empresa de seguro. Si recibimos un cheque de su empresa, no lo cobraremos, sino que lo devolveremos al remitente. No se lo enviaremos a usted por correo. No responderemos a cartas ni llamados de la empresa de seguros.

Las pacientes con acceso a una cuenta de ahorros de salud (Health Savings Account, HSA) pueden pagar por el tratamiento con esa tarjeta de crédito o débito. Sin embargo, para algunas de estas cuentas se requiere que pague todo por adelantado y que solicite un reembolso después con un recibo o una carta. Es la mejor idea para las pacientes con una HSA como opción de cobertura médica. Es su responsabilidad solicitar el recibo y los documentos que debe presentar para obtener el reembolso.

Costo de la visita al consultorio para una paciente nueva\$.....

Costo de inserción del pellet de hormonas femeninas\$.....

Aceptamos las siguientes formas de pago:

.....

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____ Diagnóstico: ICD10 _____

Asunto: Reembolso por servicios

CARTA PARA UNA MUJER QUE NECESITA TERAPIA DE PELLETS

A quien corresponda:

Los pellets se realizan con ingredientes de plantas naturales. Se formulan en farmacias especializadas de composición 503B y poseen una estructura hormonal exacta de la testosterona hormonal humana. Estos pellets, una vez implantados, segregan hormonas en cantidades diminutas hacia el torrente sanguíneo todo el tiempo. Ninguna otra forma de administración de testosterona, ya sea mediante inyecciones, geles, aerosoles, cremas o parches, puede producir el nivel constante de testosterona en sangre como lo hacen los pellets. La terapia de pellets es el único método de terapia con testosteronas que aporta niveles sostenidos y constantes de testosterona a lo largo del día, durante 4 a 6 meses, sin un efecto de "montaña rusa". Otras formas de terapia con testosterona simplemente no pueden aportar estos niveles estables de hormonas.

El médico o profesional personaliza las dosis para la paciente en función de su historia clínica actual y pasada y su experiencia previa con otras formas de terapia, medicamentos que consume en la actualidad, entre otros. Ninguna otra forma de terapia tiene dosis únicas que se pueden personalizar para adaptarse a las necesidades especiales de cada paciente.

La paciente anterior visitó mi consultorio y recibió el siguiente diagnóstico:

☐ Síndrome de deficiencia de testosterona o ☐ Menopausia

Los valores del análisis de laboratorio indican una deficiencia importante de andrógenos o estrógenos. Antes de la terapia de pellets, la paciente presentó lo siguiente:

☐ Disminución de la libido ☐ Disminución de la energía ☐ Cambios de humor ☐ Ansiedad ☐ Mala memoria

☐ Falta de claridad mental ☐ Dolor en las articulaciones ☐ Letargo u ☐ Otros _____

Con la terapia de pellets se alivian estos síntomas y se mejora la calidad de vida a nivel físico y mental y se ha beneficiado el bienestar general. Se solicita que atiendan su solicitud de reembolso.

Atentamente,

Nombre del médico o de la clínica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA HIPAA Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) se brinda protección de su privacidad. La implementación de los requisitos de la HIPAA comenzó de manera oficial el 14 de abril de 2003. Hemos practicado muchas de las políticas durante años. Este formulario es una versión "amigable". En el consultorio se publica un texto más completo.

De qué se trata todo esto: Específicamente, son reglas y restricciones sobre quién puede ver o recibir notificaciones sobre su Información Protegida de Salud (Protected Health Information, PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para brindarle servicios de consultorio. Mediante la HIPAA se proporcionan derechos y protecciones a usted como paciente. Equilibramos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle servicio y atención profesional de calidad. Encontrará información adicional en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., www.hhs.gov.

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información de la paciente será confidencial excepto cuando sea necesario para brindar servicios o garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Esto incluye en particular el intercambio de información con otros prestadores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros médicos que sea necesaria y adecuada para su atención. Los archivos de los pacientes se almacenarán en estantes de archivos abiertos y no contendrán códigos que identifiquen la afección del paciente ni información que no sea de dominio público. La manera habitual de brindar atención implica que estos registros se dejen, al menos por un tiempo, en áreas administrativas como la recepción, la sala de examinación, entre otros. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean parte del personal del consultorio. Acepta los procedimientos habituales que se utilizan dentro del consultorio para manipular gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos e información.

2. Es la política de este consultorio recordar a los pacientes que tienen una cita. Lo haremos por teléfono, correo electrónico, correo de EE. UU. o por cualquier medio conveniente para la práctica o según usted lo solicite. Le enviaremos otros mensajes para informar cambios en la política del consultorio y la tecnología nueva que encontrará valiosos o informativos.
3. Esta práctica la realizan varios proveedores para realizar su negocio. Estos proveedores podrían tener acceso a la PHI, pero deben comprometerse a cumplir con las reglas de confidencialidad de la HIPAA.
4. Comprende y acepta que las agencias del gobierno o los pagadores del seguro realizarán inspecciones en el consultorio y revisarán documentos que podrían incluir la PHI en el desempeño normal de sus tareas.
5. Acepta comunicar al administrador del consultorio o el médico los inconvenientes o las quejas relacionadas con la privacidad.
6. La información confidencial no se utilizará a los fines de comercialización ni publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Aceptamos brindar a las pacientes acceso a los registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Cambiaremos, añadiremos, eliminaremos o modificaremos estas disposiciones para atender mejor las necesidades de la consulta y la paciente.
9. Tiene el derecho a solicitar restricciones en el uso de la información protegida de salud y solicitar cambios en determinadas políticas utilizadas dentro del consultorio en relación con su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para adecuarnos a su solicitud.

Por el presente doy mi consentimiento y reconozco mi aceptación de las condiciones establecidas en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE LA HIPAA y los cambios posteriores en la política del consultorio. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente a partir de este momento.

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA Y COMPRENDO LAS INSTRUCCIONES EN ESTE FORMULARIO.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Empleo: _____

Número de contacto preferido: _____

¿Podemos enviar mensajes de texto relacionados con las citas a su móvil? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Podemos contactarla por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Empleo: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Dirección, ciudad, estado, C. P.

Estado civil (marque uno): ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Viuda ☐ Convivo con mi pareja ☐ Soltera

En caso de que no podamos contactarla por los medios que proporcionó antes, queremos saber si tenemos permiso de hablar con su cónyuge o pareja sobre su tratamiento. Al aportar la siguiente información, nos autoriza a hablar con su cónyuge o pareja sobre su tratamiento.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____ Empleo: _____

Social:

- | | | | |
|---|-----------------------|--|---|
| ☐ Estoy activa a nivel sexual. | ☐ | ☐ Quiero estar activa a nivel sexual. | ☐ No quiero estar activa a nivel sexual. |
| ☐ He completado mi familia. | ☐ | ☐ NO he completado mi familia. | |
| ☐ Mi vida sexual ha sufrido. | ☐ | ☐ No he logrado alcanzar el orgasmo o es muy difícil. | |

Hábitos:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Fumo _____ cigarrillos o cigarros por día. | ☐ Uso _____ cigarrillos electrónicos por día. | ☐ Consumo _____ |
| ☐ Consumo _____ bebidas alcohólicas por semana. | ☐ Consumo más de 10 bebidas alcohólicas por semana. | cafeína por día. |

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Alergias a medicamentos

Alergias a medicamentos: _____ En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha tenido problemas con la anestesia local? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene alergia al látex? ☐ Sí ☐ No

Medicamentos que toma en la actualidad: _____

Reemplazo hormonal actual ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuál? _____

Terapia pasada de reemplazo hormonal: _____

Antecedentes familiares:

☐ Enfermedad cardíaca ☐ Diabetes ☐ Osteoporosis ☐ Alzheimer o demencia ☐ Cáncer de mama ☐ Otros _____

Antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes:

- | | |
|---|---|
| ☐ Cáncer de mama | ☐ Senos fibroquísticos o doloridos |
| ☐ Cáncer de útero | ☐ Mioma uterino |
| ☐ Cáncer de ovario | ☐ Períodos irregulares o fuertes |
| ☐ Ovarios poliquísticos/PCOS | ☐ Migrañas menstruales |
| ☐ Acné | ☐ Histerectomía con extirpación de ovarios |
| ☐ Exceso de vello en el rostro o el cuerpo | ☐ Histerectomía parcial (solo útero) |
| ☐ Infertilidad | ☐ Oforectomía, solo extirpación de ovarios |
| ☐ Endometriosis | |
| ☐ Epilepsia o convulsiones | |

Método anticonceptivo:

- ☐ Menopausia
☐ Histerectomía
☐ Ligadura de trompas
☐ Píldoras anticonceptivas
☐ Vasectomía
☐ DIU
☐ Infertilidad
☐ Otros _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CUESTIONARIO E HISTORIA DE LA PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Historia clínica:

- | | |
|--|---|
| ☐ Presión arterial alta o hipertensión | ☐ Derrame o ataque cardíaco |
| ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ VIH o cualquier tipo de hepatitis |
| ☐ Fibrilación auricular u otra arritmia | ☐ Hemocromatosis |
| ☐ Coágulo de sangre o embolia pulmonar | ☐ Trastorno psiquiátrico |
| ☐ Depresión o ansiedad | ☐ Enfermedad de la tiroides |
| ☐ Enfermedad hepática crónica (hepatitis, hígado graso, cirrosis) | ☐ Diabetes |
| ☐ Artritis | ☐ Enfermedad de la tiroides |
| ☐ Cabello quebradizo | ☐ Lupus u otra enfermedad autoinmune |
| ☐ Apnea del sueño | ☐ Otros _____ |
| ☐ Colesterol alto | |

Historia clínica ☐ Vello facial o acné ☐ PCOS ☐ Cabello quebradizo ☐ Endometriosis
(marque todos los que apliquen) o caída del cabello

☐ Miomas ☐ Senos fibroquísticos ☐ Dolor en los senos ☐ Cáncer de mama ☐ Convulsiones ☐ Histerectomía previa

[illegible]

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA INSERCIÓN DEL PELLETT EN MUJERES

El médico o profesional ha recomendado la terapia con hormonas bio idénticas administrada mediante un pellet insertado debajo de la piel para tratar los síntomas que estoy presentando en relación con los niveles hormonales bajos.

Me han explicado la información a continuación antes de recibir la terapia recomendada.

DESCRIPCIÓN GENERAL:

Las hormonas bio idénticas son hormonas idénticas a nivel biológico a las que mi cuerpo genera. Los niveles de estradiol o testosterona activa que genera mi cuerpo han disminuido y la terapia con estas hormonas tendrá efectos similares o iguales en mi cuerpo que las hormonas producidas de forma natural. Los pellets son un mecanismo de entrega de estradiol o testosterona y la terapia de reemplazo con hormonas bio idénticas mediante pellets se ha utilizado desde la década de 1930. Existen otras formulaciones de estradiol y testosterona de reemplazo disponibles y se pueden utilizar métodos diferentes para administrar la terapia. Sin embargo, a nivel comercial, no existen formas disponibles de testosterona que se formulen específicamente para la administración en mujeres. Los riesgos asociados a la terapia de pellets por lo general son similares a otras formas de terapia de reemplazo con hormonas bio idénticas.

PRINCIPIOS ACTIVOS DEL PELLETT:

Comprendo que (añadir las iniciales en la afirmación correspondiente):

_____ Hoy recibo pellets que contienen solo testosterona.

_____ Hoy recibo pellets que contienen estradiol y testosterona.

_____ Hoy recibo pellets que contienen testosterona y anastrozol.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA TESTOSTERONA:

Los riesgos asociados a la inserción del pellet incluyen: sangrado en el lugar de la incisión, moretones, fiebre, infección, dolor, inflamación, protuberancia del pellet que puede ocurrir varias semanas o meses después de la inserción, reacción a la anestesia local o los protectores, alergia a los adhesivos de las vendas, las tiras adhesivas u otros agentes adhesivos.

Algunas personas pueden presentar una o más de las siguientes complicaciones con la testosterona: acné, sangrado anormal o cambio en el ciclo menstrual (si la paciente tiene útero), ansiedad, sensibilidad o inflamación de los senos o pezones, insomnio, depresión, cambios de humor, alteraciones de fluidos y electrolitos, dolores de cabeza, incremento en el vello corporal, retención de líquidos o inflamación, cambios de humor o irritabilidad, erupciones, enrojecimiento, picazón, falta de efecto (por lo general falta de absorción), aumento temporal en el colesterol, náuseas, retención de sodio, cloruro o potasio, aumento o pérdida de peso, cabello quebradizo o calvicie femenina, hipersexualidad (libido hiperactiva) o disminución de la libido, sobreproducción de estrógeno (llamada aromatización) o un aumento en la formación de glóbulos rojos o el recuento de sangre (eritrocitosis). El último se puede diagnosticar con un análisis de sangre llamado conteo sanguíneo completo (CSC). Este análisis se debe realizar al menos una vez al año. La eritrocitosis se puede revertir solo con donar sangre de forma periódica, pero se podría exigir una evaluación de diagnóstico más profunda o una derivación si se sospecha de una afección más preocupante.

Si está planeando comenzar o ampliar la familia pronto, hable con el médico sobre otras opciones.

RIESGOS O COMPLICACIONES DEL ESTRADIOL (SOLO APLICA SI SE RECIBE ESTRADIOL EN LOS PELLETS):

Los efectos secundarios del estradiol son similares a los mencionados antes para la testosterona. Asimismo, existe el riesgo, incluso al usar hormonas bio idénticas, de que los estrógenos provoquen que los casos existentes de cáncer de mama crezcan más rápido. Este riesgo también aplica para algunas formas no diagnosticadas de cáncer de mama.

La administración de estrógeno solo (sin progesterona) puede aumentar las probabilidades de padecer cáncer de útero. Se podría solicitar una muestra (biopsia) o cirugía del endometrio si ocurre sangrado anormal.

Añada sus iniciales si está en el período posmenopáusico, tiene útero y está recibiendo estradiol.

_____ Comprendo que tengo útero y estoy recibiendo dosis de estradiol para el período posmenopáusico. Estoy de acuerdo con recibir progesterona según lo indique el médico mientras recibo estradiol.

RIESGOS O COMPLICACIONES DEL ANASTROZOL (SOLO APLICA SI RECIBE ANASTROZOL EN LOS PELLETS):

El anastrozol es un tipo de medicamento llamado inhibidor de aromatasa. Los inhibidores de aromatasa limitan o previenen que la testosterona se convierta en estrógeno. Se pueden usar en una variedad de afecciones, pero se administran con más frecuencia en pacientes con antecedentes de cáncer de mama positivo para receptores de estrógeno.

El anastrozol no se debe utilizar en mujeres embarazadas y debe administrarse con precaución en mujeres con cardiopatía isquémica preexistente. El anastrozol en pellets no se debe administrar en mujeres premenopáusicas ni en mujeres que toman inhibidores de aromatasa (anastrozol o letrozol) por vía oral o moduladores selectivos del receptor de estrógeno (tamoxifeno o raloxifeno).

La cantidad de anastrozol administrado en los pellets es muy baja. Los efectos secundarios más comunes para las mujeres que toman anastrozol son sofocos, dolor en las articulaciones y dolor muscular. Sin embargo, debido a las dosis bajas en el pellet, estos efectos no se observan con frecuencia en este tipo de terapia.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:

Acepto informar de inmediato toda reacción adversa o problema que pueda estar relacionado con la terapia al médico o al consultorio del proveedor de atención médica para que se informe al fabricante. Me han explicado las posibles complicaciones y reconozco que he recibido y comprendo esta información, lo que incluye los riesgos y las complicaciones y los beneficios potenciales.

También reconozco que me han explicado la naturaleza de la terapia bio idéntica y otros tratamientos y que me han respondido todas las preguntas. Comprendo que será necesario un análisis de sangre de seguimiento cuatro (4) semanas después de la inserción inicial del pellet y, luego, al menos una vez al año a partir de entonces. También comprendo que, a pesar de que la mayoría de los pacientes recibirá la dosis correcta en la primera inserción, algunos requerirán cambios en la dosis.

Comprendo que los análisis de sangre revelarán que los niveles no son los óptimos, lo que podría implicar que necesito una dosis más alta o más baja en el futuro. Asimismo, no me han prometido ni garantizado beneficios específicos de la inserción de los pellets de testosterona.

Acepto estos riesgos y beneficios y doy mi consentimiento para que el médico realice la inserción de los pellets de testosterona debajo de la piel. Este consentimiento estará vigente para esta y todas las inserciones en el futuro en este centro hasta que ya no sea una paciente aquí, pero entiendo que puede retirar mi consentimiento en cualquier momento. Me han informado de que puedo presentar alguna de las complicaciones de este procedimiento según se describe antes.

He leído o me han leído este formulario.

Nombre del testigo: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SOLO PARA USO OFICIAL: FORMULARIO DE INSERCIÓN INICIAL DEL PELLE PARA LA MUJER

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ Temperatura: _____

Medicamentos actuales:

Historia clínica o quirúrgica: ☐ Ninguno

Síntomas:

Resultados de laboratorio:

FSH: _____ Estradiol: _____ Testosterona total: _____ Vit. D: _____ Vit. B12: _____

TSH: _____ T3 libre: _____ T4 total: _____ TPO: _____ CSC: _____ Panel químico: _____

Colest. total: _____ LDL: _____ HDL: _____ Triglicéridos: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SOLO PARA USO OFICIAL: FORMULARIO DE INSERCIÓN INICIAL DEL PELLETT PARA LA MUJER (CONTINUACIÓN)

Nota del procedimiento:

Esta paciente se presenta hoy para los pellets de hormonas. Se explicaron el procedimiento, los riesgos y los beneficios a la paciente. Se respondieron las preguntas y se firmó un formulario de consentimiento para la inserción de implantes pellets. El área se preparó con hisopos con alcohol. Se inyectó anestesia local para anestesiar el área. Se realizó una incisión pequeña con un bisturí n.º 11. Se pasó el trocar con cánula por la incisión hasta el tejido subcutáneo. Se insertó uno o más pellets esterilizados mediante la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras adhesivas. Se aplicó gasa y vendaje. La paciente toleró bien el procedimiento. Se revisaron las instrucciones posinserción y se entregó una copia a la paciente.

Solución de preparación: ☐ Alcohol ☐ Chloraprep ☐ Otros _____

Anestésico local: ☐ Lido. al 1 % c/epi. ____ cc ☐ Lido. al 1 % ____ cc ☐ Otros _____

Bicarbonato de sodio ____ cc

Lugar de inserción: ☐ Cadera izquierda ☐ Cadera derecha ☐ Otros _____

Tratar con:

Testosterona: _____ mg Lote de testosterona n.º: _____

Estradiol: _____ mg Estradiol lot #: _____

Progesterona: _____ mg ☐ Ciclo ☐ Continuo

DIM SGS+: _____ ADK 5 o ADK 10: _____ Arterasil: _____

Probiótico: _____ Methyl Factors+: _____ Med. recetado por tiroides: _____ mg diarios

Iodine+: _____ Serene: _____ Omega 3 + CoQ10: _____

Best Night Sleep: _____ Senolytic Complex: _____ BPC-157: _____

Otros: _____

Laboratorio: ☐ Vence en 6 sem. ☐ Actualizado ☐ Antes de la próx. inserción

MAMM: ☐ Antes de la próx. inserción ☐ Actualizado **Anual:** ☐ Antes de la próx. inserción ☐ Actualizado

Comentarios:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SOLO PARA USO OFICIAL: FORMULARIO DE INSERCIÓN DEL PELLETT REPETIDO PARA LA MUJER

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Peso: _____ PA: _____ Temp: _____ Nivel de actividad: _____

Síntomas o notas:_____
_____**Nota del procedimiento:**

Esta paciente se presenta hoy para los pellets de hormonas. Se explicaron el procedimiento, los riesgos y los beneficios a la paciente. Se respondieron las preguntas y se firmó un formulario de consentimiento para la inserción de implantes pellets. El área se preparó con hisopos con alcohol. Se inyectó anestesia local para anestesiarse el área. Se realizó una incisión pequeña con un bisturí n.º 11. Se pasó el trocar con cánula por la incisión hasta el tejido subcutáneo. Se insertó uno o más pellets esterilizados mediante la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras adhesivas. Se aplicó gasa y vendaje. La paciente toleró bien el procedimiento. Se revisaron las instrucciones posinserción y se entregó una copia a la paciente.

Solución de preparación: ☐ Alcohol ☐ Chloraprep ☐ Otros _____**Anestésico local:** ☐ Lido. al 1 % c/epi. ____ cc ☐ Lido. al 1 % ____ cc ☐ Otros _____

Bicarbonato de sodio ____ cc

Lugar de inserción: ☐ Cadera izquierda ☐ Cadera derecha ☐ Otros _____**Tratar con:**

Testosterona: ____ mg Lote de testosterona n.º: ____ Estradiol: ____ mg Lote de estradiol n.º: ____

Progesterona: ____ mg ☐ Ciclo ☐ Continuo DIM SGS+: ____ ADK 5 o ADK 10: ____ Arterasil: ____Probiótico: ____ Methyl Factors+: ____ Med. recetado ____ mg diarios Iodine+: ____ Serene: ____
por tiroides:

Omega 3 + CoQ10: ____ Best Night Sleep: ____ Senolytic Complex: ____ BPC-157: ____ Otros: ____

Laboratorio: ☐ Vence en 6 sem. ☐ Actualizado ☐ Antes de la próx. inserción**MAMM:** ☐ Antes de la próx. inserción ☐ Actualizado **Anual:** ☐ Antes de la próx. inserción ☐ Actualizado**Comentarios:** _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

INSTRUCCIONES POSTERIORES A LA INSERCIÓN PARA MUJERES

- El lugar de la inserción se ha tapado con dos capas de vendajes. Retire el vendaje exterior de presión en cualquier momento después de 24 horas. Se debe retirar cuando se moje. La capa interna (por lo general una tira adhesiva) se debe retirar en tres días.
- **No tome baños de inmersión ni se meta en una bañera o en una piscina durante tres o cuatro días.** Puede ducharse, pero no se quite el vendaje ni las tiras adhesivas durante cuatro días.
- No levante peso ni realice ejercicios importantes para el área de la incisión durante los próximos tres o cuatro días, lo que incluye correr, usa el caminador elíptico, hacer sentadillas, zancadas, entre otros.
- El bicarbonato de sodio en el anestésico puede provocar que el sitio se inflame durante uno a tres días.
- Podría sentir molestias en el lugar de la inserción durante dos a tres semanas. Si siente comezón o el lugar se enrojece, puede tomar Benadryl para aliviar los síntomas (entre 25 y 50 mg por vía oral cada 6 horas). Precaución: esto puede causar somnolencia.
- Es posible que presente moretones, inflamación o enrojecimiento en el lugar de la inserción que podría durar entre unos días y hasta dos o tres semanas. Si el enrojecimiento empeora después de los primeros dos o tres días, comuníquese con el consultorio.
- Notará una decoloración rosada o ensangrentada del vendaje externo. Esto es normal.
- Si presenta sangrado de la incisión, aplique presión durante cinco minutos.
- Llame si el sangrado no se ha calmado con la presión (no exudado), ya que esto NO es normal.
- Llame si sale pus del lugar de la inserción, ya que esto NO es normal.
- Recomendamos colocar hielo sobre el área donde se encuentran los pellets un par de veces durante 20 minutos cada vez durante las próximas 4 a 5 horas. Puede continuar con esto en caso de inflamación. Asegúrese de colocar algo entre el hielo y los vendajes o la piel. No coloque el hielo directamente sobre la piel desnuda.

RECORDATORIOS:

- Recuerde realizarse el análisis de sangre posterior a la inserción seis semanas después de la PRIMERA inserción. Sin embargo, si no se siente mejor en cuatro semanas, llame al consultorio para realizarse la extracción de sangre antes.
- La mayoría de las mujeres necesita una reinserción de los pellets entre tres y cuatro meses después de la inserción inicial. Si presenta síntomas antes, llame al consultorio.
- Llame de inmediato si los síntomas que se aliviaron con los pellets comienzan a regresar para programar una cita para la siguiente inserción.

INSTRUCCIONES ADICIONALES:

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA Y COMPRENDO LAS INSTRUCCIONES EN ESTE FORMULARIO.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

LO QUE PUEDE OCURRIR DESPUÉS DE UNA INSERCIÓN DE PELLETS (EN MUJERES)

Ocurrirá una transición hormonal importante en las primeras cuatro semanas posteriores a la inserción de los pellets de hormonas. Por lo tanto, se podrían desarrollar ciertos cambios que pueden resultar molestos.

- **INFECCIÓN:**

Es posible con cualquier tipo de procedimiento. La infección no es común con una inserción de pellets y ocurre entre <0,5 % y el 1 %. Si aparece enrojecimiento que parece empeorar (en vez de mejorar), se asocia a calor grave o pus, contacte al consultorio. Las compresas tibias son útiles, pero también podría ser necesario recetar antibióticos.

- **PROTUBERANCIA DEL PELLET:**

La protuberancia del pellet es poco frecuente y ocurre en <5 % de los procedimientos. Si vuelve a sentir dolor en la herida después de sanar, esta comienza a exudar o sangrar o tiene una apariencia de blíster, contacte al consultorio. Las compresas tibias ayudan a aliviar la molestia.

- **PICAZÓN O ENROJECIMIENTO:**

La picazón o el enrojecimiento en el área de la incisión y la ubicación del pellet es común. Si tiene una reacción a la cinta, aplíquese hidrocortisona entre dos y tres veces al día sobre la erupción. Si el enrojecimiento se vuelve firme o comienza a esparcirse después de los primeros días, deberá contactar al consultorio.

- **RETENCIÓN DE LÍQUIDOS O AUMENTO DE PESO:**

La testosterona estimula el crecimiento muscular y la retención de agua, lo que puede dar como resultado un cambio en el peso de dos a cinco libras. Esto solo es temporal. Esto ocurre con frecuencia con la primera inserción y, en especial, durante condiciones climáticas calurosas y húmedas.

- **INFLAMACIÓN EN LAS MANOS Y LOS PIES:**

Es común en el clima caluroso y húmedo. Se puede tratar si bebe mucha agua, reduce la ingesta de sal o toma un diurético suave, que se puede recetar en el consultorio.

- **SENSIBILIDAD O INFLAMACIÓN EN LOS SENOS:**

Suele ocurrir con más frecuencia en la primera ronda de pellets, pero no suele continuar después de ese momento. Un comprimido de DIM 1 ayuda a prevenir esto, pero la dosis se puede aumentar a dos o tres al día, de ser necesario. El aceite de onagra (disponible en el consultorio) es útil, al igual que Iodine+, si esto ocurre.

- **CAMBIOS DE HUMOR, IRRITABILIDAD O ANSIEDAD:**

Esto puede ocurrir si tiene una deficiencia hormonal importante. Estos síntomas suelen mejorar a medida que mejoran los niveles de hormonas. 5HTP puede ser útil para este síntoma temporal y se puede comprar en varias tiendas naturistas.

- **CONTEO ELEVADO DE GLÓBULOS ROJOS**

(más común en hombres):

La testosterona estimula el crecimiento de glóbulos rojos en la médula ósea. Esta afección se llama eritrocitosis. La eritrocitosis también puede ocurrir en algunos pacientes independientemente de los tratamientos o los medicamentos. Si el conteo de sangre es demasiado alto, se solicitará que vea a un especialista en sangre llamado hematólogo para asegurarse de que no haya nada preocupante. Si existe una causa, se deberá reducir la dosis de testosterona.

- **PÉRDIDA DE CABELLO:**

En raras ocasiones se debe a los pellets, pero ocurre en algunos pacientes que convierten la testosterona en DHT. Con el ajuste de la dosis por lo general se reduce o elimina el problema. En pocas ocasiones, podrían requerirse medicamentos bajo receta. También podría requerirse una evaluación de diagnóstico.

- **ERUPCIÓN FACIAL:**

Es posible que aparezcan granitos si los niveles de testosterona están muy bajos o aumentan rápido. Esto dura poco tiempo y se puede controlar con una buena rutina de limpieza facial, astringentes y loción tonificante. Si estas soluciones no ayudan, llame al consultorio para obtener sugerencias y, quizás, recetas.

- **METRORRAGIA, SANGRADO DEL ÚTERO O PERÍODOS IRREGULARES:**

Esto puede ocurrir en los primeros meses después de una inserción, en especial si le han recetado progesterona y no la está tomando bien, es decir, le faltan dosis o no está tomando una dosis lo suficientemente alta. Informe al consultorio si esto ocurre. El sangrado no necesariamente es un indicador de un problema uterino importante.

- **CRECIMIENTO DE VELLO:**

La testosterona puede estimular algo de crecimiento de vello en el mentón, el pecho, los pezones o el abdomen bajo. Esto tiende a ser hereditario. Los vellos finos o la "pelusa de durazno" suele ocurrir, pero no son gruesos ni ásperos. Es probable que deba rasurarse las piernas y los brazos con más frecuencia. Con el ajuste de la dosis por lo general se reduce o elimina el problema.

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA Y COMPRENDO LAS INSTRUCCIONES EN ESTE FORMULARIO.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

PLAN DE TRATAMIENTO FEMENINO

- Se recomiendan los siguientes medicamentos o suplementos además de la terapia de pellets.
- Lo mejor es tomar estas vitaminas o suplementos después de comer.
- **Si en la actualidad está tomando reemplazo de estrógenos, deténgase después de tres días; si está usando otra forma de testosterona, deténgase después de siete días.**

SUPLEMENTOS: están disponibles en el consultorio para su conveniencia. Para obtener mejores resultados, tome estos suplementos recomendados para usted. Tome todos los suplementos o las vitaminas DESPUÉS de una comida.

_____ ADK 5 o _____ ADK 10: tome uno por día o según se indique.

_____ Arterosil: tome un comprimido dos veces al día; tome un comprimido tres veces al día si lo consume por una neuropatía diabética.

_____ BPC-157: tome dos comprimidos por día con agua o según se indique.

_____ Bacillus Coagulans: tome uno por día o según se indique.

_____ Curcumin SF: tome uno o dos, dos veces al día.

_____ DIM SGS+: tome uno por día.

_____ Best Night Sleep: tome uno comprimidos 30 minutos antes de irse a dormir o según se indique.

_____ Iodine+: comience con dos o tres por semana y de a poco aumente hasta la dosis diaria; comience con Iodine+ alrededor de cuatro semanas después de la primera ronda de pellets.

_____ Methyl Factors+: tome uno por día o según se indique en función de la B12 y otros resultados de laboratorio.

_____ Multi-Strain Probiotic 20B: tome uno o dos por semana, luego de un mes, aumente a uno por día.

_____ Omega 3 + CoQ10: tome uno o dos, dos veces al día.

_____ Senolytic Complex: tome un comprimido por día con agua o según se indique.

_____ Serene: tome uno o dos comprimidos con agua según necesidad. Los efectos por lo general comienzan a desaparecer después de tres o cuatro horas. Las dosis pueden variar.

_____ Otros _____

RECETAS: se han solicitado por teléfono a su farmacia preferida.

_____ Progesterona _____ 200 mg genéricos O _____ 225 mg compuestos O _____ 100 mg comp. sublingual.

Si está atravesando el período POSMENOPÁUSICO, tiene útero y recibió reemplazo de estrógeno, no se saltee las dosis de progesterona, ya que esto puede provocar sangrado vaginal o un mayor riesgo de cáncer endometrial.

_____ NP Thyroid _____ mg cada mañana en ayunas; espere 30 minutos antes de ingerir algo, lo que incluye café, alimentos u otros medicamentos.

_____ Deje de consumir Synthroid/levotiroxina: alterne tiroides desecada (NP Thyroid o Armour) día de por medio con Synthroid/levotiroxina durante tres semanas, luego comience a consumir tiroides desecada todos los días.

_____ Espironolactona _____ mg diarios; comience con 1/2 comprimido diario y aumente de a poco hasta el uso diario en AM.

_____ Deje de consumir el antidepresivo (consulte el protocolo de desintoxicación) _____ Otros _____

Llame o envíe un correo electrónico si tiene preguntas sobre las recomendaciones.

RECONOZCO QUE HE RECIBIDO UNA COPIA Y COMPRENDO LAS INSTRUCCIONES EN ESTE FORMULARIO.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

SOLICITUD DE LIMITAR LA DIVULGACIÓN AL PLAN DE SALUD

Autorizada por la sección 13405(a) de la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health, HITECH)

Yo, _____

solicito que el proveedor y el médico tratante (mencionados antes) no divulguen mi información protegida de salud (PHI) al plan de salud o una aseguradora externa. Conforme a la sección 13405(a) de la Ley HITECH, entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en la divulgación de mi información protegida de salud (PHI) del consultorio al plan de salud y el consultorio debe aceptar mi solicitud a menos que la información se debe revelar al plan de salud para cumplir con la ley.

Los registros de los servicios o elementos restringidos que se mencionan a continuación ("servicios o elementos restringidos") no se revelarán ni facturarán a mi plan de salud ni a una aseguradora externa a los fines del pago o las operaciones de atención médica. Comprendo que soy responsable a nivel financiero por estos servicios o elementos restringidos y los pagaré de mi bolsillo y por completo al recibir el servicio para que el consultorio acepte esta solicitud de restricción.

RESTRICCIÓN SOLICITADA:

Servicios o elementos que se deben restringir: _____ reemplazo hormonal con pellets subcutáneos: _____

Importe total (o importe estimado): \$ _____ por tratamiento/por mes (encierre una en un círculo)

Otros: _____

Entiendo que soy personalmente responsable por el total de los costos al finalizar.

Nombre del paciente (en letra imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO:

Nombre del testigo (en letra imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

PROTOCOLO PARA ABANDONAR LOS ANTIDEPRESIVOS

Si está consumiendo antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, SSRI) o inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor, SNRI) como Prozac, Zoloft, Lexapro, Pristiq, Effexor, Viibryd, los equivalentes genéricos u otros y NO ha tenido problemas a largo plazo con el trastorno de ansiedad generalizado, un trastorno bipolar o depresivo importante, podrá dejar de tomar los antidepresivos de a poco. Le recomendamos que los deje de a poco tan pronto como comience a sentirse mejor con los pellets. Esto suele ocurrir después de cuatro semanas y solo si se siente mejor y está lista para comenzar el proceso de desintoxicación.

Estos antidepresivos tienen efectos secundarios. Se podría sentir cansada, con sueño, aumentar de peso o tener dificultad para alcanzar un orgasmo (entre muchos otros), que es lo que estamos tratando de mejorar. Es muy difícil que la terapia de pellets tenga resultados adecuados en algunos pacientes que todavía consumen estos medicamentos.

NO tiene deficiencia de estos medicamentos antidepresivos. Tiene deficiencia de hormonas. A medida que recuperamos los niveles de hormonas con los pellets, los síntomas de ansiedad o depresión deberían aliviarse de forma natural. Debería poder dejar de tomar los antidepresivos.

Avance despacio, en especial, si los ha estado tomando durante un tiempo. Mientras toma un SSRI o SNRI, el cerebro depende de estos medicamentos para obtener serotonina (la hormona para tranquilizarse y sentirse bien) y no la produce solo. Si deja de consumir el medicamento de forma abrupta, podría sufrir abstinencia. Los síntomas del abandono abrupto incluyen dolor de cabeza, molestias gastrointestinales, mareos, dolores de cuerpo, escalofríos y sensaciones extrañas en la visión o el tacto. Algunos pacientes con abstinencia de Effexor describirán sensaciones de “choques eléctricos”. También podría notar que regresan los síntomas de depresión o ansiedad. Cuando se desintoxica despacio, el cerebro tiene tiempo de ponerse al día, despertar y comenzar a producir la serotonina nuevamente.

Si recibe una dosis alta o un comprimido, deberá solicitar una dosis más baja para usar en la transición.

RECOMENDAMOS EL SIGUIENTE PROTOCOLO:

1. Tome la píldora todos los días durante dos semanas.
2. A continuación, cada tres días durante dos semanas.
3. Luego, cada cuatro días durante dos semanas y así hasta que haya reducido la cantidad a una por semana.
Por último, DETÉNGASE.

Si en algún punto se siente mal o “desconectada”, vuelva a tomar la dosis más baja con la que se sintió bien y realice la desintoxicación más despacio. Si recibe una dosis alta del medicamento, es posible que necesite una receta adicional para una concentración más baja para poder realizar una transición lenta de la concentración alta a la baja y, luego, desintoxicarse según se describe antes.