



## **INSTRUCTIVO PARA GESTION DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS ESPECIALES:**

**Form. G.1.1.**

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que ,con el fin de realizar la solicitud de **MÓDULO de CIRUGÍA de ADECUACIÓN de GENITALIDAD a la IDENTIDAD de GÉNERO AUTOPERCIBIDA** en los términos del artículo 11 de la Ley N° 26.743 prescripto para pacientes con **DISFORIA de GÉNERO**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:**

- 1.-**Resúmen de Historia Clínica** firmada y sellada por el Jefe del Equipo Multidisciplinario actuante:
  - Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación de corresponder, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
  - Antecedentes personales del paciente, antecedentes de la enfermedad**, donde conste detalladamente la evolución de la enfermedad.
  - Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** Pacientes con **Disforia de Género persistente** y bien documentada, **con capacidad para tomar una decisión bien informada, mayores de edad** (en caso de menores se deberá acreditar resolución judicial), **con control de condiciones médicas o psicológicas concomitantes**, con un mínimo de **12 meses de terapia hormonal apropiada** para los objetivos de género para lograr supresión hormonal reversible ( salvo que exista contraindicación del tratamiento). Además deberá acreditar un mínimo de 12 meses continuos en la vida del género sexual congruente con su identidad de género.
- 2.-**Evaluación Psicológica**
- 3.-**Solicitud del Módulo Quirúrgico.**
- 4.-**Consentimiento Informado**, firmado y sellado por médico tratante y el paciente. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

### **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:**

- 1.- **Estudios Prequirúrgicos.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.