Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Consentimiento Informado: Terapia de Reemplazo de Testosterona (Hombres)

Incluye Acuerdo de Sustancia Controlada

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

1. Descripción del tratamiento

La terapia de reemplazo de testosterona se usa para tratar la testosterona baja (hipogonadismo) confirmada por síntomas y análisis de sangre. Puede aplicarse como inyección, crema o gel. Se requieren análisis de sangre antes de empezar y de forma regular durante el tratamiento.

- Forma: ☐ Inyección ☐ Crema / gel ☐ Otra: _____ Producto: ☐ Aprobado por la FDA ☐ Compuesto (vea el formulario HCC-10)

2. Posibles beneficios y alternativas

Los posibles beneficios incluyen más energía, mejor estado de ánimo, mayor deseo sexual, más masa muscular y huesos más fuertes. Las alternativas incluyen cambios en el estilo de vida (bajar de peso, dormir bien, hacer ejercicio), medicamentos que estimulan la producción natural de testosterona, tratar las causas de fondo o ningún tratamiento.

3. Riesgos

- **Aumento de glóbulos rojos (hematocrito alto),** que espesa la sangre y aumenta el riesgo de coágulos. Puede requerir cambiar la dosis, pausar el tratamiento o donar sangre.
- **Infertilidad:** la testosterona disminuye la producción de espermatozoides y puede reducir el tamaño de los testículos. La fertilidad podría no recuperarse por completo al suspenderla. Si deseo tener hijos ahora o en el futuro, se lo diré a mi proveedor.
- Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones (TVP / EP).
- Corazón y vasos sanguíneos: los estudios han mostrado resultados mixtos. Un estudio grande de 2023 no encontró mayor riesgo de infarto ni derrame cerebral en hombres con testosterona baja, pero sí encontró más casos de latido irregular (fibrilación auricular), coágulos en los pulmones y daño a los riñones.
- Aumento del PSA, crecimiento de la próstata y empeoramiento de los síntomas urinarios. La testosterona puede estimular el crecimiento de un cáncer de próstata o de mama ya existente.
- Acné, piel grasosa, caída del cabello, sensibilidad o crecimiento de los senos.
- Retención de líquidos, hinchazón, presión arterial más alta, empeoramiento de la apnea del sueño.
- Cambios de ánimo, irritabilidad o agresividad.
- Cambios en el colesterol y en las pruebas del hígado.
- Mi propia producción de testosterona disminuye durante el tratamiento. Al suspenderlo, puede tardar meses en recuperarse y los síntomas pueden regresar.
- **Los geles y cremas** pueden pasar a mujeres y niños por contacto con la piel y causar efectos no deseados. Me lavaré las manos, cubriré el área y evitaré el contacto piel con piel hasta que seque.

He leído y entiendo los riesgos indicados arriba. _____ Iniciales

4. Preguntas de evaluación

	Sí	No
¿Tiene o ha tenido cáncer de próstata o de mama?	☐	☐
¿Tiene historia de coágulos, infarto o derrame cerebral?	☐	☐

	Sí	No
¿Tiene apnea del sueño sin tratar o insuficiencia cardíaca no controlada?	☐	☐
¿Está tratando de tener hijos ahora o en el futuro?	☐	☐
¿Tiene dificultad para orinar?	☐	☐

5. Acuerdo de Sustancia Controlada

La testosterona es una sustancia controlada de la Lista III según la ley federal. Acepto que:

- Recibiré recetas de testosterona solo de Harmony Community Clinic e informaré a mi proveedor sobre cualquier otra sustancia controlada que me receten.
- Usaré una sola farmacia para este medicamento: _____.
- Usaré el medicamento solo como se me recete y nunca lo compartiré, venderé ni regalaré a nadie. Hacerlo es ilegal.
- Guardaré mi medicamento en un lugar seguro. El medicamento perdido o robado podría no reponerse, y no se darán resurtidos antes de tiempo.
- Me haré los laboratorios de control que se ordenen (incluyendo testosterona, conteo sanguíneo, PSA y otros). Las recetas pueden pausarse hasta que se hagan los laboratorios.
- La clínica puede consultar la base de datos de monitoreo de recetas de Florida (E-FORCSE) y puede dejar de recetar si no se cumple este acuerdo.

Entiendo y acepto el Acuerdo de Sustancia Controlada. _____ Iniciales

Sin garantía: entiendo que la medicina no es una ciencia exacta. Los resultados varían de una persona a otra, y no se me ha hecho ninguna promesa ni garantía sobre los resultados de este tratamiento.

Derecho a rechazar o suspender: puedo rechazar este tratamiento o suspenderlo en cualquier momento. Suspenderlo no afectará mi derecho a recibir otros servicios en Harmony Community Clinic. Los cargos por servicios ya prestados o medicamentos ya entregados siguen aplicando.

Si tengo una reacción grave, como dificultad para respirar, hinchazón de la cara o la garganta, dolor de pecho, desmayo, cambios repentinos en la vista o dolor intenso, llamaré al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana de inmediato, y luego avisaré a la clínica.

Doy mi consentimiento para la terapia de reemplazo de testosterona. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Nombre y credenciales del proveedor	Firma del proveedor	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.