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

Consentimiento Informado: Terapia Hormonal (Mujeres)

Estrógeno, progesterona y testosterona; incluye Acuerdo de Sustancia Controlada para la testosterona

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

1. Descripción del tratamiento

La terapia hormonal se usa para aliviar síntomas de la perimenopausia y la menopausia, como bochornos, sudores nocturnos, problemas para dormir, resequedad vaginal y cambios de ánimo, y puede ayudar a proteger la fuerza de los huesos. Las hormonas recomendadas para mí:

☐ Estradiol (parche, gel, crema o pastilla)
☐ Estrógeno vaginal
☐ Otra: _____
☐ Progesterona
☐ Testosterona (dosis baja)

Producto: ☐ Aprobado por la FDA ☐ Compuesto. Las hormonas compuestas (a menudo llamadas bioidénticas) no están aprobadas por la FDA y su potencia puede variar (vea el formulario HCC-10).

2. Alternativas

Las alternativas incluyen medicamentos no hormonales, cambios en el estilo de vida, humectantes vaginales o ningún tratamiento.

3. Riesgos del estrógeno y la progesterona

Las actualizaciones recientes de las etiquetas de la FDA (2025 a 2026) reflejan evidencia de que, para muchas mujeres que empiezan la terapia hormonal antes de los 60 años o dentro de los 10 años de la menopausia, los beneficios a menudo superan los riesgos. Los riesgos siguen existiendo y dependen de mi edad, el tipo y la vía de la hormona y mi historia de salud:

- Sensibilidad en los senos, inflamación abdominal, dolor de cabeza, náuseas, cambios de ánimo y sangrado irregular o manchado.
- **Cáncer de endometrio (útero):** si tengo útero, el estrógeno sin progesterona aumenta este riesgo. Debo tomar la progesterona exactamente como se me recete. Reportaré cualquier sangrado vaginal después de la menopausia.
- Coágulos de sangre y derrame cerebral, especialmente con estrógeno en pastillas, si fumo o si empiezo la terapia después de los 60 años.
- Cáncer de mama: en algunos estudios, la terapia combinada de estrógeno y progestina a largo plazo se ha asociado con un pequeño aumento del riesgo.
- Enfermedad de la vesícula.

4. Riesgos de la testosterona en mujeres

En Estados Unidos no hay un producto de testosterona aprobado por la FDA para mujeres, por lo que su uso es fuera de indicación (off-label). Los posibles efectos incluyen acné, aumento de vello en la cara o el cuerpo, adelgazamiento del cabello, cambios en el colesterol y, en niveles más altos, voz más grave y crecimiento del clítoris, que pueden ser permanentes. Se vigilarán los niveles en la sangre.

He leído y entiendo los riesgos indicados arriba. _____ Iniciales

5. Preguntas de evaluación

	Sí	No
¿Tiene sangrado vaginal sin explicación?	☐	☐
¿Ha tenido cáncer de mama, útero u ovario?	☐	☐

	Sí	No
¿Ha tenido un coágulo, derrame cerebral o infarto?	☐	☐
¿Tiene enfermedad del hígado?	☐	☐
¿Fuma?	☐	☐
¿Todavía tiene su útero?	☐	☐
¿Tiene su mamografía al día?	☐	☐

La terapia hormonal no es un método anticonceptivo. Si todavía puedo quedar embarazada, usaré un método anticonceptivo confiable. Para pacientes que pueden quedar embarazadas: confirmo que, hasta donde sé, no estoy embarazada ni amamantando, y avisaré de inmediato al proveedor si quedo embarazada, planeo un embarazo o comienzo a amamantar.

6. Acuerdo de Sustancia Controlada (solo testosterona)

La testosterona es una sustancia controlada de la Lista III. La recibiré solo de esta clínica, usaré una sola farmacia, nunca la compartiré ni venderé, la guardaré en un lugar seguro, me haré los laboratorios de control, y entiendo que el medicamento perdido podría no reponerse y que la clínica puede consultar la base de datos de monitoreo de recetas de Florida (E-FORCSE).

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 hormonal. _____ 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.