



Paquete Informativo para Pacientes Nuevos Femeninos

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 possible, favor de no dejar en blanco ninguna pregunta.

Nuestra meta es, crear una union con usted. Asi, juntos lograremos nuevamente su bienestar.

Gracias por su interes en BioTE Medical®. Para determinar si usted es candidata 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 apoyarla 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
- FSH
- Testosterone Total
- TSH
- T4, Total
- T3, Free
- T.P.O. Thyroid Peroxidase
- CBC
- Complete Metabolic Panel
- Vitamin D, 25-Hydroxy (Opcional)
- Vitamin B12 (Opcional)
- Lipid Panel (Opcional) **(Debe ser en ayunas para que sean exactos)**

Requisitos de analisis femeninos de sangre a las 6 semanas despues de la insercion:

- FSH
- Testosterone Total
- CBC
- Lipid Panel (Opcional) **(Necesita ser en ayunas)**
- TSH,T4 Total,T3 Total,TPO **(Solo si se le receto medicina para la tiroides)**

Questionario y Historial de Paciente Femenimo

Place Your
Logo Here

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

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Profesion: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Telefono Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo Electronico: _____ Podemos comunicarnos con usted via E-Mail? () Si () NO

En caso de emergencia, Persona de Contacto: _____ Parentesco: _____

Telefono Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Medico de cabecera: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____
Domicilio Ciudad Estado CP

Estado Civil (seleccione uno): () Casada () Divorciada () Viuda () Union Libre () Soltera

En caso de que no podemos comunicarnos con usted via los medios señalados en esta forma: solicitamos permiso para comentar su tratamiento con su esposo o pareja. Al proporcionar estos datos, indica que nos da permiso para hablar sobre su tratamiento con la persona indicada.

Nombre del conyuge: _____ Parentesco: _____

Telefono Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Social:

- () Llevo una vida sexual activa.
- () Deseo llevar una vida sexual activa.
- () Ya no quiero mas familia.
- () Mi vida sexual a disminuido.
- () No he podido tener orgasmos.

Habitos:

- () Fumo cigarros o puros _____ por dia.
- () Tomo bebidas alcoholicas _____ por semana.
- () Tomo mas de 10 bebidas alcoholicas a la semana.
- () Tomo cafeina _____ al dia.

Historial Medico

Tiene algun tipo de alergia a medicamento: _____

Alguna vez a tenido problemas con anestesia? () Si () No

Si contesta Si, favor de explicar: _____

Medicamentos que este tomando: _____

Terapia de remplazo hormonal actual: _____

Terapia de remplazo hormonal anterior: _____

Vitaminas/Suplementos nutricionales: _____

Cirugias, lista de todas con fecha: _____

Ultima menstruacion (si no recuerda ponga solo el año): _____

Mas informacion pertinente: _____

Antencion Medica Preventiva:

- () Examen Medico/GYN en el año pasado.
- () Mammograma en los ultimos 12 meses.
- () Densidad de huesos en los ultimos 12 meses.
- () Ultrasonido Pelvico en los ultimos 12 meses.

Historial Medica/Cirugias de Alto Riesgo:

- () Cancer de Mama.
- () Cancer Uterino.
- () Cancer de Ovario.
- () Histerectomia con extirpacion de ovarios.
- () Histerectomia.
- () Ooferectomia con extirpacion de ovarios.

Metodo de control anticonceptivo:

- () Menopausia.
- () Histerectomia.
- () Ligacion de trompas.
- () Pastillas anticonceptivas.
- () Vasectomia.
- () Otra: _____

Enfermedades Medicas:

- () Presion arterial alta.
- () revascularización coronaria.
- () Colesterol alto.
- () Hipertension.
- () Enfermedades del corazon.
- () Ataque del corazon.
- () Coagulo de sangre y/o embolia pulmonar.
- () Arritmia.
- () Cualquier forma de hepatitis o VIH.
- () Lupus o otra enfermedad inmune.
- () Fibromialgia.
- () Dificultad para orinar o tomar Flomax o Avodart.
- () Enfermedad cronica del higado (hepatitis, higado grasos cirrhosis).
- () Diabetes.
- () Enfermedad de la tiroides.
- () Artritis.
- () Depresion/Ansiedad.
- () Trastorno Psiquiátrico.
- () Cancer (tipo): _____ Año: _____



BHRT Lista de Control Femenina

Nombre: _____

Fecha: _____

E-Mail: _____

Sintomas (<i>Porfavor marcar</i>)	Nunca	Leve	Moderado	Severo
Estado de animo depresivo				
Perdida de memoria				
Confusion mental				
Disminucion de deseo sexual/libido				
Problemas para dormir				
Cambios de humor/Irritabilidad				
Tension				
Migrañas/ Dolores de cabeza severos				
Dificultad para llegar al climax sexual				
Inflamacion				
Aumento de peso				
Sensibilidad en los senos				
Sequedad vaginal				
Sofocos				
Sudores nocturnos				
Piel seca y arrugada				
Perdida de cabello				
Frio todo el tiempo				
Hinchazon en todo el cuerpo				
Dolor en las articulaciones				

Otros sintomas que le preocupen:

Place Your
Logo Here

Consentimiento Femenino de Insercion de Testosterona y/o Estradiol Pellet

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

Pellets de hormonas bio-identicas son hormonas concentradas, biologicamente identicas a las hormonas que hace su propio cuerpo antes de la menopausia. El estrogeno y la testosterona se hicieron en sus ovarios y glandulas antes de la menopausia. Hormonas Bio-identicas tienen los mismos efectos en su cuerpo como su propio estrogeno y testosterona que hacia su cuerpo cuando era mas joven, sin las fluctuaciones mensuales (altas y bajas) de los ciclos menstruales.

Pellets de hormonas bio-identicas estan hechas de batata y son supervisadas por la FDA, pero no aprobados para el reemplazo hormonal femenino. El método de pellets de reemplazo hormonal se ha utilizado en Europa y Canadá durante muchos años y por selectos obstetras / ginecólogos en los Estados Unidos. Tendrá riesgos similares, como lo hizo antes de la menopausia, de los efectos de los estrógenos y andrógenos, dadas en forma de gránulos.

Los pacientes que son pre-menopáusicas se les recomienda seguir un método anticonceptivo eficaz durante su participación en la terapia de reemplazo hormonal de pellets. La testosterona no se puede dar a las mujeres embarazadas.

Mi método anticonceptivo es: (marque con un círculo)

Abstinencia Pastilla anticonceptiva Histerectomía DUI Menopausia Ligadura de trompas Vasectomía Otra

Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento para la inserción de testosterona y / o estradiol pellet en mi cadera. He sido informada de que puedo experimentar algunas de las complicaciones de este procedimiento que se describe a continuación. Estos efectos secundarios son similares a los relacionados con la testosterona tradicional y / o de reemplazo de estrógeno. **Los riesgos quirúrgicos son los mismos que para cualquier procedimiento médico menor.**

Los efectos secundarios pueden incluir: Sangrado, moretones, hinchazón, infección y dolor; extrusión de gránulos; hipersexualidad (libido hiperactiva); falta de efecto (por la falta de absorción); sensibilidad en los senos y la inflamación, especialmente en las primeras tres semanas (solamente pellet de estrógeno); aumento en el crecimiento del pelo en la cara, los patrones pre-menopáusicas similares; retención de agua (sólo estrógeno); aumento en el crecimiento de tumores dependientes de estrógenos (cáncer endometrial, cáncer de mama); la seguridad de cualquiera de estas hormonas durante el embarazo no puede ser garantía. Informe a su médico si usted está embarazada, sospecha que usted está embarazada o planea quedar embarazada durante esta terapia, la exposición continua a la testosterona durante el embarazo puede causar ambigüedad genital cambios en la voz (que es reversible); agrandamiento del clítoris (que es reversible). La dosis de estradiol que puedo recibir puede agravar los fibromas o pólipos, si es que existen, y puede causar sangrado. La terapia con testosterona puede aumentar su hemoglobina y hematocrito, o espesar la sangre de uno. Este problema se puede diagnosticar con un análisis 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.

Place Your
Logo Here

BENEFICIOS DE PELLETS TESTOSTERONA INCLUYE: El aumento de la libido, la energía, y el sentido de bienestar. El aumento de 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. Disminución de peso. Disminución en el riesgo o la gravedad de la diabetes. Disminución del riesgo de enfermedades del corazón. Disminución del riesgo de enfermedad de Alzheimer y la demencia.

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 balines 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



Cargos de Reemplazo Homonal

Medicina Preventiva y reemplazo de hormonas bio-identicas son tratamientos diferentes y es considerado como medicina alternativa. Aunque nuestros medicos y enfermera son certificados, aseguransas no consideran este servicio como necesidad medica. Pero es considerado como cirugia plastica (medicina estetica) y por esto las aseguransas no cubren este tratamiento.

Nuestra practica no esta asociada con ninguna aseguransa, asi que no estan obligadas a pagar por estos servicios (analisis de sangre, consulta, insercion del granulito). Nosotros requerimos que los servicios sean pagados al momento de la visita y su usted desea se le puede dar una forma para que usted mande a su aseguransa y un recibo de los que se nos pago. Nosotros NO vamos a comunicarnos con su aseguransa por estos servicios.

La forma y recibo seran responsabilidad de usted y serviran como evidencia del pago por el tratamiento. Nosotros NO llamaremos, escribiremos, pre-certificaremos o nos comunicaremos con su aseguransa. Cualquier carta de su aseguransa dirigida hacia nosotros sera desechada. Si recibimos algun cheque de su aseguransa no lo cobraremos y sera enviado de regreso a su aseguransa. No se lo mandaremos a usted. No responderemos a ningun llamado o carta de su aseguransa.

Precio de Primera Consulta \$125.00

Precio Insercion de Granulito (femenino) \$350.00

Aceptamos las siguientes formas de pago:

Master Card, Visa, Discover, American Express, Cheques personales y Efectivo.

Nombre

Firma

Fecha

Solo para uso Official Forma de consumo (Femenino)

Nombre: _____ Fecha: _____

Altura: _____ Peso: _____ Presion Arterial: _____ Temperatura: _____

Medicamentos Actuales: _____

Cirugia/Historia: Histerectomía: () Si () NO Ovarios: () Si () NO

Ultimo Pap: _____ Ultima Mammografia: _____ Normal: () Si () NO

SÍNTOMAS: _____

LABS: Estradiol: _____ Testosterona: _____ FSH: _____ Vitamin D: _____ Vitamin B12: _____

TSH: _____ Free T3: _____ TPO: _____ CBC: _____ Chem Panel: _____

LDL: _____ HDL: _____ Triglycerides: _____

PLAN:

Esta paciente esta aqui hoy por los pellets hormonales. El procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas se explicó a la paciente. Las preguntas fueron respondidas y se firmó un formulario de consentimiento para la inserción de implante de testosterona y / o estradiol. Un área en la cadera fue preparada con hisopos de Betadine. Un paño estéril se aplicó. 1% de Lidocaína con epinefrina y bicarbonato de sodio se inyecta para anestesiar la zona. Una pequeña incisión transversal se realizó utilizando una cuchilla número 11. El trocar con la cánula se pasó a través de la incisión en el tejido subcutáneo. La testosterona y estradiol o pellet (s) se insertaron a través de la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras Steri y / o cinta de espuma. Un apósito estéril se aplicó. El paciente toleró bien el procedimiento. Instrucciones postoperatorias fueron revisados y una copia se le dio al paciente. Los pellets utilizados son los siguientes:

Tratamiento:

1. Testosterona: _____ MG's Testosterona Numero de Lote: _____
2. Estradiol: _____ MG's Estradiol Numero de Lote: _____
3. Progesterona: _____ CICLO o CONTINUO (circule uno)
4. Femara: _____ Arimidex: _____ DIM: _____
5. Vitamina ADK _____ Tiroides _____ Yodo _____
6. Onagra: _____
7. Otro: _____

Comentarios: _____

Place Your
Logo Here

NOMBRE: _____

FECHA _____

SINTOMAS/NOTAS:

INFORME DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas se explicó a la paciente. Las preguntas fueron respondidas y se firmó un formulario de consentimiento para la inserción de implante de testosterona y / o estradiol. Un área en la cadera fue preparada con hisopos de Betadine. Un paño estéril se aplicó. 1% de Lidocaína con epinefrina y bicarbonato de sodio se inyecta para anestésiar la zona. Una pequeña incisión transversal se realizó utilizando una cuchilla número 11. El trocar con la cánula se pasó a través de la incisión en el tejido subcutáneo. La testosterona y estradiol o pellet (s) se insertaron a través de la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras Steri y / o cinta de espuma. Un apósito estéril se aplicó. El paciente toleró bien el procedimiento.

Peso _____ Estrogeno pellet Lot # _____ Testosterona pellet Lot # _____

Estradiol _____ mg Testosterona _____ mg

sitio de inserción: Cadera izquierda () Cadera derecha ()

NOMBRE: _____

FECHA _____

SINTOMAS/NOTAS:

INFORME DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas se explicó a la paciente. Las preguntas fueron respondidas y se firmó un formulario de consentimiento para la inserción de implante de testosterona y / o estradiol. Un área en la cadera fue preparada con hisopos de Betadine. Un paño estéril se aplicó. 1% de Lidocaína con epinefrina y bicarbonato de sodio se inyecta para anestésiar la zona. Una pequeña incisión transversal se realizó utilizando una cuchilla número 11. El trocar con la cánula se pasó a través de la incisión en el tejido subcutáneo. La testosterona y estradiol o pellet (s) se insertaron a través de la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras Steri y / o cinta de espuma. Un apósito estéril se aplicó. El paciente toleró bien el procedimiento.

Peso _____ Estrogeno pellet Lot # _____ Testosterona pellet Lot # _____

Estradiol _____ mg Testosterona _____ mg

sitio de inserción: Cadera izquierda () Cadera derecha ()