

IDENTIDAD DE GÉNERO Y PMO



El género es una construcción socio-cultural en la que se relaciona al sexo biológico o genital con la heteronormatividad o el binarismo (femenino-masculino) como se representa en el cuadro:

La identidad de género no necesariamente se condice con la identidad sexual

Sexo	Género	Identidad de género	Deseo
Pene	Masculino	Varón	Hacia mujeres
Vulva	Femenino	Mujer	Hacia varones

Con la sanción de la **Ley 26.743** de Identidad de Género, el Estado Argentino sentó las bases para que toda persona que se identifique con una identidad de género que no sea la asignada por sus genitales al nacer, sea reconocida como tal.

Art. 2: Se entiende por **IDENTIDAD DE GÉNERO** a la **VIVENCIA INTERNA E INDIVIDUAL** del género **TAL COMO CADA PERSONA LA SIENTE**, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto **PUEDE INVOLUCRAR LA MODIFICACIÓN DE LA APARIENCIA** o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, **SIEMPRE QUE ELLO SEA LIBREMENTE ESCOGIDO**.

También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales

<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Ante ello, las obras sociales deben garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce: tratamientos hormonales e intervención quirúrgica con el correspondiente *consentimiento informado*.

En este sentido, la persona afiliada a **8STEL** lo debe presentar junto con los **requerimientos médicos del equipo interdisciplinario tratante, DNI y formulario de declaración de datos personales**.

Buenos Aires,.....de.....de.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....DNI.....(mayor de edad / en mi calidad de representante legal del paciente..... DNI.....), he sido informado de la necesidad del tratamiento/práctica, que implica el sometimiento a por padecer.....

Se me ha explicado completamente la naturaleza y propósito del acto médico a realizarme, informándome también de los beneficios esperados y de las eventuales complicaciones, riesgos y molestias concomitantes que puedan producirse de aquellas últimas, así como de las posibles alternativas terapéuticas.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

Asimismo, se me han explicado las consecuencias que pudieran ocasionarse de no aceptar el mismo, y a que tengo el derecho de retractarme sobre el consentimiento dado en cualquier momento.

Expreso que se me ha dado la oportunidad de hacer todas las preguntas que quise, las que han sido contestadas satisfactoriamente, no quedándome dudas al respecto.

En consecuencia, presto mi Consentimiento para el tratamiento médico de mi patología, con la droga/medicamento....., o para la realización del procedimiento/práctica denominado

Firma del paciente, aclaración y DNI

Firma, aclaración, y DNI del representante legal o familiar responsable, (en caso de incapacidad del paciente), consignándose el vínculo:

Certifico que he explicado la naturaleza propósito, beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento/tratamiento propuesto y me he ofrecido a contestar cualquier pregunta.
Considero que el Sr/Sra.....
ha comprendido completamente lo explicado y contestado.

Firma del médico especialista, aclaración y N° de matrícula:

Buenos Aires,.....de.....de.....

FORMULARIO DE DATOS PERSONALES

Que por voluntad propia he accedido al derecho que me otorga la Ley nº26.743 de Identidad de Género, y que OSTEL se compromete a cumplir.

Que se me han explicado y respondido las dudas existentes, y por tanto, dejo asentados mis datos de contacto por si fuera necesaria recibir nueva información respecto del tratamiento indicado en documentación médica presentada.

Que si no la recibiera, será bajo mi exclusiva responsabilidad por haber falseado los datos transcritos, o por no haberlos declarado

Correo electrónico.....

Tel/móvil.....

Localidad de residencia.....

Contacto de emergencia.....

Parentesco.....

Tel/móvil.....

Firma de persona interesada, aclaración y DNI

Fecha / /
