



## Consentimiento informado para tratamiento hormonal masculinizante Para cuerpos gestantes.

Fecha: \_\_\_\_\_

**“El ser Trans o persona con variabilidad de género es cuestión de diversidad y no de patología”**

### Para Menores de 18 años.

Yo.....y  
Yo..... quienes ejercemos la patria  
potestad o tutela de..... quien también se  
identifica como ..... de ..... años de  
edad, damos la autorización para el inicio del tratamiento hormonal.

### Para Mayores de 18 años.

Yo, (Nombre legal) ....., que también me  
identifico como .....de ..... años de edad,  
doy la autorización para el inicio del tratamiento hormonal.

Hago constar que he recibido información sobre el tratamiento hormonal **MASCULINIZANTE** el cual ha sido detallado, se me ha informado de los posibles riesgos a mi salud y que se me ha dado acceso a un directorio médico amigable el cual puedo revisar en de <https://impulsostrans.org> y es mi responsabilidad elegir y decidir ir con un/a médico/a para dar continuidad al tratamiento, sin embargo, estando en conocimiento de todo lo dicho y explicado sobre el consentimiento informado, comprendo los riesgos que pueden existir con el tratamiento hormonal, y entiendo que este documento compila los efectos secundarios y riesgos conocidos al momento, pero puede haber riesgos o efectos a largo plazo que aún no sean conocidos.

Voluntariamente y libremente decido y solicito iniciar el tratamiento hormonal **MASCULINIZANTE** para el cual doy mi autorización firmando este documento localizado en el siguiente enlace: <https://impulsostransac.org/2020/03/21/documentos-consejerias-hombres-trans/> en el cual se encuentra el consentimiento informado: <https://impulsostransac.org/wp-content/uploads/2020/07/Hombres-Trans.pdf>

Se me ha explicado información relevante y relacionada a mi transición como: **Principios de No Patología, Respeto de mis Derechos Humanos, Consentimiento Informado, además bajo los enfoques de una transición personal, social, médica y legal.** Se me hablo sobre un proceso personal en el que es importante considerar mis emociones, expectativas corporales y sociales, mi resiliencia y el planear mi estrategia para que mi transición sea más amigable. En el enfoque social se abordaron temas relacionados con la realidad social cultural y la importancia de generar redes de apoyo, hablar con la familia y toda aquella persona que considero importante en mi vida la importancia de tener una estabilidad económica y emocional. Por lo que se me hablo de la opción de considerar un proceso emocional con profesionales capacitados y con experiencia en atender a personas trans.

En el proceso médico fue bajo la información que maneja la **World Professional Association for Transgender Health (WPATH)** Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género donde se abordaron temas como: La falta de investigación médica en México sobre tratamientos hormonales para personas trans, así como el uso de medicamentos que no fueron creados, probados y diseñados para personas trans, la falta de estándares de atención médica en nuestro país, además de los cambios permanentes, no permanentes, criterios para la terapia hormonal, efectos físicos de la terapia hormonal, riesgos y efectos de la terapia hormonal y factores de riesgos, seguimiento clínico durante la terapia hormonal para la eficacia y eventos adversos, cuidados integrales y multidisciplinarios, lo relacionado a la fertilidad y derechos sexuales y reproductivos, además de tips y recomendaciones para la consulta médica y la importancia de ser consciente y responsable sobre mi tratamiento hormonal. Se me ha explicado y comprendo las posibles ventajas, desventajas, los riesgos, signos de advertencia y alternativas antes de empezar el **tratamiento** para masculinizar el cuerpo.

Sobre el tema legal se me hablo del reconocimiento de la identidad de género auto percibida, como reconocer la discriminación y violencia y que mecanismos existen para defender mis derechos humanos.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ACEPTACIÓN O NO ACEPTACIÓN DE FORTALECIMIENTO EMOCIONAL PREVIO A PROCESO HORMONAL

También **DECLARO** que se me ha informado detalladamente la importancia del fortalecimiento emocional previo a un tratamiento endocrinológico, entiendo los riesgos y los beneficios de acudir a psicología. Declaro que se me han respondido y aclarado todas mis dudas acerca del tratamiento hormonal y de la importancia de estar emocionalmente estable, se me ha explicado y aclarado las distintas opciones, por lo que es mi decisión y deslindo a IMPULSO TRANS A.C. de toda responsabilidad jurídica sobre mi proceso de transición. Es mi deseo y derecho se me canalice del siguiente manera

1. No acepto en este momento y no me interesa llevar un proceso de fortalecimiento emocional y se me canalice a endocrinología.
2. Acepto y es de mi interés llevar un proceso de fortalecimiento emocional y se me canalice a endocrinología al mismo tiempo
3. Acepto y es de mi interés llevar un proceso de fortalecimiento emocional previo al tratamiento hormonal.
4. Ya estoy y/o estuve en fortalecimiento emocional con un especialista externo a la organización.
5. Prefiero esperar, por ahora he decidido no iniciar un proceso hormonal aun, quiero pensar que hare primero.

Favor de transcribir la opción que sea más viable para usted. (En caso menores de edad, favor de aclara que usted tiene la patria potestad y/o tutela y que autoriza la canalización a los servicios de salud.)

Los presentes documentos tanto Consentimiento informado para tratamiento hormonal masculinizante para cuerpos gestantes y Consentimiento informado de aceptación o no aceptación de fortalecimiento emocional previo a proceso hormonal pueden ser revocado previo a la administración de los medicamentos sin tener que dar explicaciones de la causa de la revocación. Puedo optar por suspender el tratamiento hormonal en cualquier momento y por cualquier motivo, en ese caso me comprometo a consultar la decisión con el/la profesional que indica el tratamiento y eximo de responsabilidad a mi especialista e Impulso Trans A.C. en caso de por no haber acatado las recomendaciones médicas y existiría alguna complicación medica derivada del mismo.

### NOTAS Y OBSERVACIONES

Persona responsable de patria potestad o tutela 1  
Solo en caso de menores de 18 años  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

Nombre Firma de personal de Consejería  
Puedes usar tu nombre  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

Nombre (Social) Firma de Usuaría(o)  
Puedes usar tu nombre social  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

Persona responsable de patria potestad o tutela 2  
Solo en caso de menores de 18 años  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

Este programa se realiza con recurso público de los programas de:



Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.

La información presentada en este documento es solamente orientativa, la firma de este documento no le compromete a iniciar un tratamiento hormonal. El servicio se limita a facilitar el contacto entre usted y el personal de salud, por lo tanto, no implica que Impulso Trans A.C. recomiende al especialista o personal de salud. Impulso Trans A.C. verifica que cuenten con una cedula profesional y tengan una atención respetuosa y digna. Más sin embargo no verificamos la idoneidad o la capacidad técnica de los Especialistas en Salud. En cualquier momento puede romper el vínculo sin ninguna responsabilidad jurídica para ti ni para la organización IMPULSO TRANS A.C.



## AVISO DE PRIVACIDAD Y CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN Y DE RECONOCIMIENTO DE DERECHOS

Fecha: \_\_\_\_\_

### Para Menores de 18 años.

Yo.....y  
Yo..... quienes ejercemos la patria  
potestad o tutela de..... quien también se  
identifica como ..... de ..... años de  
edad, damos la autorización para el inicio del tratamiento hormonal.

### Para Mayores de 18 años.

Yo, (Nombre legal) ....., que también me identifico  
como .....de ..... años de edad, doy la  
autorización para el inicio del tratamiento hormonal.

Su privacidad y confianza son muy importantes para IMPULSO TRANS A.C. Por ello, queremos asegurarnos de que conozca cómo salvaguardamos la integridad, privacidad y protección de sus datos personales. **Impulso Trans A.C.** es una organización civil sostenible y lo hacemos a través de cuotas de recuperación de los servicios que ofrecemos como lo es la consejería, canalización a servicios médicos, jurídicos y vinculaciones laborales. Sin embargo, es posible que en ocasiones la organización trabaje con recursos privado a través de donaciones en especie o en efectivo o incluso con recurso público a través de instituciones publicas Estatales, Nacionales o Internacionales.

Por ser una asociación civil responsable tenemos la obligación legal y social de cumplir con las medidas legales y de seguridad suficientes para proteger aquellos datos personales que se hayan recabado para las finalidades que se describen en el presente aviso de privacidad. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 6, Apartado A, fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como los artículos 7 y 9 fracción V de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 9, 19, 24, 30 y 44 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Jalisco y sus Municipios y 2 fracción IV, 20, y 25 fracciones XV y XX, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios.

El tratamiento de sus datos personales es confidencial y sólo podrán ser operados por IMPULSO TRANS A.C. y en su caso transferidos a terceros con su consentimiento como titular o representante de quien ostenta dicha titularidad, o en los casos y para los efectos de: fines estadísticos, específicos, de interés general, para proteger derechos, en versión pública, y los demás previstos en el artículo 22 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios, sujetándose a los procesos y procedimientos que marcan las leyes de la materia.

Le informamos que cuando usted reciba un subsidio por parte de Impulso Trans A.C. y este sea debido a un recurso recibido por parte de una institución pública o privada sus datos personales serán entregados a: Nombre de la Institución publica o privada \_\_\_\_\_ Asociaciones por la Igualdad \_\_\_\_\_ como parte de la comprobación de la realización del proyecto denominado: "Jóvenes promotores por la salud sexual y reproductiva", con perspectiva de inclusión y diversidad sexual.

### RESPONSABLE DE LA PROTECCION DE SUS DATOS PERSONALES

a). Oficinas: Impulso Trans Asociación Civil (en adelante Impulso Trans A.C.), con domicilio en calle Francisco no. 29, colonia División del Norte, Zapopan, Jalisco, Código Postal 45130, es responsable del tratamiento legítimo y adecuado de sus datos personales, los cuales se recaban a través del formulario llamado: <sup>9</sup> el cual se encuentra en el siguiente enlace: [https://docs.google.com/forms/d/1C7weasnbjZWg9lhGiST9Rj32iR2T9I\\_gT\\_QfjSPA0HU/edit](https://docs.google.com/forms/d/1C7weasnbjZWg9lhGiST9Rj32iR2T9I_gT_QfjSPA0HU/edit)

La información presentada en este documento es solamente orientativa, la firma de este documento no le compromete a iniciar un tratamiento hormonal. El servicio se limita a facilitar el contacto entre usted y el personal de salud, por lo tanto, no implica que Impulso Trans A.C. recomiende al especialista o personal de salud. Impulso Trans A.C. verifica que cuenten con una cedula profesional y tengan una atención respetuosa y digna. Más sin embargo no verificamos la idoneidad o la capacidad técnica de los Especialistas en Salud. En cualquier momento puede romper el vínculo sin ninguna responsabilidad jurídica para ti ni para la organización IMPULSO TRANS A.C.



**IMPULSO  
TRANS A.C.**

## AVISO DE PRIVACIDAD Y CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN Y DE RECONOCIMIENTO DE DERECHOS

b). Cómo contactarnos: enviar dudas o comentarios mediante correo electrónico, posteriormente comunicarse con el oficial de protección de datos personales, o bien al departamento de protección de datos personales.

c). Correo electrónico: [izacarias@impulsotransac.org](mailto:izacarias@impulsotransac.org)

Usted podrá consultar el aviso de privacidad completo en los siguientes enlaces:

Archivo de Aviso de Privacidad Completo: <https://impulsotransac.org/wp-content/uploads/2019/09/Web-Aviso-de-Privacidad.pdf>

Formato ARCO: <https://impulsotransac.org/wp-content/uploads/2019/09/Solicitud-Arco-IMPULSO-TRANS.pdf>

### CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN Y DE RECONOCIMIENTO DE DERECHOS

Por este conducto, autorizo a IMPULSO TRANS A.C. para captar, usar, publicar, reproducir, difundir, exponer y editar, total o parcialmente, mi imagen, retrato y/o voz, para la difusión:

Nombre del Proyecto: "Jóvenes promotores por la salud sexual y reproductiva", con perspectiva de inclusión y diversidad sexual.

el cual será llevado a cabo en los meses de Agosto a Noviembre del año 2021

Por tanto, en este acto me desisto de cualquier acción legal en contra IMPULSO TRANS A.C. por motivos derivados del uso de mi imagen. Así mismo reconozco que mi participación es voluntaria y sin remuneración económica.

**IMPULSO TRANS A.C.** se compromete a utilizar mi imagen con la máxima diligencia posible para preservar mi identidad, reputación, decoro, prestigio y derecho de honor. Por todo lo relacionado con la interpretación, cumplimiento y ejecución del contenido de la presente carta, acuerdo sujetarme a las leyes federales de los Estados Unidos Mexicanos y a la jurisdicción de los tribunales competentes en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México; renunciando a cualquier otro fuero aplicable por virtud de mi domicilio presente o futuro.

Documentos recolectados

Solicitud de Consejería ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS TRANS Y NO BINARIAS

Encuesta de salida de consejerías

Identificación oficial de la persona usuaria

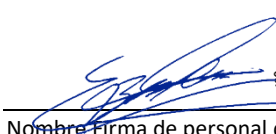
Consentimiento Informado digitales

CURP de la persona usuaria

Identificación oficial de tutores de menores de edad

Observaciones y Notas:

Persona responsable de patria potestad o tutela 1  
Solo en caso de menores de 18 años  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

  
Nombre Firma de personal de Consejería  
Puedes usar tu nombre social  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

Nombre (Social) Firma de Usuaría(o)  
Puedes usar tu nombre social  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

Persona responsable de patria potestad o tutela 2  
Solo en caso de menores de 18 años  
Nombre/ Fecha / titular/ representante

Este programa se realiza con recurso público de los programas de:



Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social.

La información presentada en este documento es solamente orientativa, la firma de este documento no le compromete a iniciar un tratamiento hormonal. El servicio se limita a facilitar el contacto entre usted y el personal de salud, por lo tanto, no implica que Impulso Trans A.C. recomiende al especialista o personal de salud. Impulso Trans A.C. verifica que cuenten con una cedula profesional y tengan una atención respetuosa y digna. Más sin embargo no verificamos la idoneidad o la capacidad técnica de los Especialistas en Salud. En cualquier momento puede romper el vínculo sin ninguna responsabilidad jurídica para ti ni para la organización IMPULSO TRANS A.C.