



CARTAS DE RESPALDO PARA EL TRATAMIENTO DE DISFORIA DE GÉNERO - GUÍA DE MEDICAID DE NYS

Cronogramas y credenciales del proveedor:

- Deben tener fecha dentro de los últimos 12 meses.
- Deben ser emitidas por proveedores autorizados del estado de Nueva York.
- Las cartas pueden emitirlas médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros facultativos, enfermeros psiquiatras facultativos o asistentes sociales clínicos autorizados (LCSW, por sus siglas en inglés) que actúen dentro del alcance de su práctica.
 - Las cartas que sean emitidas por cualquier otro tipo de proveedor deben firmarse en forma conjunta.
- Una carta debe ser de un proveedor con el que el socio tenga una relación establecida y continua.
- La segunda carta puede provenir de un proveedor que solo haya tenido un rol evaluador con el socio.
- **Cada procedimiento solicitado requerirá una carta aparte.**

Los puntos claves de las cartas deben incluir:

- Cuánto tiempo el socio ha sido su paciente.
- Cuánto tiempo el socio ha vivido en el rol de género que corresponde con su identidad de género.
- Confirmar que el socio tiene disforia de género persistente y bien documentada.
- Indicar su respaldo del procedimiento de afirmación de género solicitado y especificar el procedimiento que se solicita.
 - Si usted no respalda el procedimiento de afirmación de género solicitado, por favor explicar por qué.
- Indicar la capacidad del socio para tomar una decisión plenamente informada y para consentir al tratamiento.
- Proporcionar información sobre el régimen hormonal del socio.
 - La cirugía genital requiere 12 meses de terapia hormonal.
 - Para aumento de senos (requiere 24 meses de terapia hormonal), indicar el efecto de las hormonas en el crecimiento de los senos; esto es, si el socio ha tenido un crecimiento de senos insignificante después de 24 meses de terapia hormonal.
 - Indicar si la terapia hormonal está contraindicada o si el socio de otra forma no puede tomar hormonas.
- Discutir sobre cualquier condición médica o de salud mental, y si constituirían una contraindicación para la cirugía, o de ser así, que están razonablemente bien controlados.
- Las cartas de respaldo para todos los procedimientos que no sean cirugía superior o inferior **DEBEN** incluir una discusión sobre cómo es que el procedimiento es médicamente necesario para el tratamiento de disforia de género.
 - Explicar por qué se ha indicado el procedimiento, cómo es que beneficiará al socio y aliviará la disforia de género.



Para obtener información adicional, por favor consulte las Pautas clínicas y los Criterios de cobertura para el tratamiento de la disforia de género de Amida Care o comuníquese con el Equipo de apoyo para la identidad de género (GIST, por sus siglas en inglés) al 646-757-7982; o por correo electrónico GIST@amidacareny.org