

Cartas de apoyo para el tratamiento de la incongruencia de género

Orientación de Medicaid de NYS

Lapsos de tiempo y credenciales del proveedor

Requisitos de la carta



Debe tener una fecha no mayor a 12 meses




Debe incluirse la **fecha de la última consulta** con el proveedor



¿Quiénes pueden escribir cartas?

Solo **proveedores con licencia del estado de NTS:**

- Médicos
- Psiquiatras
- Psicólogos
- Enfermeros especialistas
- Enfermeros especialistas en salud mental
- Trabajo de los trabajadores sociales clínicos licenciados dentro de sus competencias

 Si la carta la redacta otro tipo de proveedor, deberá estar **también firmada** por un profesional autorizado.



¿Cuántas cartas y de quiénes?



Se requieren dos cartas:

1 Una **debe provenir de un proveedor** con una relación consolidada y continua con el miembro

2 La **segunda podría provenir** de un proveedor que solo realizó una evaluación



Importante:

Cada procedimiento solicitado debe presentarse en una carta independiente (por ejemplo, el aumento de senos y la feminización facial requieren cartas de recomendación independientes)

Puntos principales que todas las cartas deben incluir:

Requisitos generales de la carta

- Duración de la relación con el proveedor**
 - ¿Desde cuándo es paciente de este profesional?
- Viviendo su rol de género**
 - ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con su género afirmado?
- Incongruencia de género**
 - ¿Confirma la carta que usted presenta una incongruencia de género (disforia de género) persistente y debidamente documentada?
- Apoyo a la intervención quirúrgica**
 - ¿Indica el profesional de forma explícita su respaldo al procedimiento específico que usted solicita?
- Capacidad para otorgar consentimiento**
 - ¿Acredita la carta que usted tiene la capacidad de tomar decisiones informadas con respecto a su atención médica?

Hormonas y medicamentos (si corresponde)

- Terapia hormonal**
 - ¿Ha documentado su proveedor su régimen hormonal?

Requisitos para la terapia hormonal:
(si no está recomendada por razones médicas; debe estar documentado)
Cirugía genital: 12 meses de tratamiento hormonal
Cirugía de aumento de senos: 24 meses de tratamiento hormonal

 - La carta debe incluir el efecto de la terapia hormonal en el desarrollo de sus senos, por ejemplo: *el crecimiento ha sido insignificante*
- Medicamentos para trasplante capilar**
 - ¿Se mencionan en la carta medicamentos para el crecimiento o la caída del cabello que haya utilizado (como minoxidil o espironolactona)?
 - ¿Indica la duración de su uso?
 - ¿Tiene previsto continuar con esta medicación después de la cirugía?

Historial médico y de salud mental

- Salud en general**

- ¿La carta menciona alguna condición médica o de salud mental?
- ¿Confirma que usted tiene la salud adecuada para la cirugía (o explica otras opciones)?

Necesidad médica de cirugías no genitales

Si solicita procedimientos *distintos a las cirugías de reasignación genital (inferiores) o de tórax (superiores)*, la carta debe explicar:

- Por qué es necesario este procedimiento** para su afirmación de género
- Cómo le ayudará** a sentirse más afirmado/a/e
- En el caso de **cirugías faciales**, qué áreas del rostro desea armonizar (por ejemplo: nariz, mandíbula)

Requisitos adicionales para cartas de solicitud de cirugía de revisión

¿Solicita una cirugía de revisión?

Asegúrese de que su carta indique claramente que se trata de una cirugía de revisión.

¿Qué es una cirugía de revisión?

Una cirugía de revisión es una intervención quirúrgica que se realiza nuevamente para corregir un problema o complicación surgida de un procedimiento previo

No es una revisión si:

- El cirujano planificó ambas intervenciones como un único procedimiento en dos fases, y así lo hizo constar en las notas de la primera cirugía

Ejemplos de revisión:

- Un implante se infecta y debe ser reemplazado
- 6 meses después de una cirugía de nariz, la dificultad para respirar por una fosa nasal es un indicador de que se requiere una intervención quirúrgica correctiva
- Varios meses después de una cirugía de reasignación de sexo, el uso del baño puede volverse difícil. El cirujano recomienda una nueva intervención quirúrgica para solucionar el problema.

**** Es fundamental recordar que toda cirugía de revisión debe estar justificada por una razón médica clara. El simple deseo de obtener un resultado o una apariencia diferentes no es motivo suficiente. Si la intervención quirúrgica no obedece a un problema médico evidente, no estará cubierta, ya que no se considera una necesidad médica.**

- Antecedentes de cirugías previas relevantes para la zona**, incluyendo el mes y año si es posible
- Cualquier complicación** que haya tenido en cirugías anteriores
- Evaluación por un especialista**, si fuera necesaria (como un otorrinolaringólogo o un urólogo)

- Detalles sobre resultados previos** y si esta es su primera cirugía de revisión
- Mención clara de los procedimientos** solicitados (ej. "mentoplastia de revisión" y no solo "mentón")
 - **IMPORTANTE:** el profesional podría especificar los procedimientos
- Seguimiento de trasplante capilar:** uso constante de medicamentos después de su primer procedimiento

Es posible que su cirujano haya solicitado en su carta procedimientos que no se consideran de afirmación de género. Si una cirugía no modifica una parte del cuerpo afectada por hormonas como la testosterona o el estrógeno, no se considera de afirmación de género. Este tipo de cirugías no puede aprobarse mediante los pasos descritos en este documento.

¿Necesita más información, capacitación o ayuda?

Para obtener más información, por favor consulte los recursos disponibles en el sitio web de Amida Care o comuníquese con el Equipo de Apoyo a la Identidad de Género (Gender Identity Support Team, GIST) al 646 - 757 - 7982 o a GIST@amidacareny.org. Podrá solicitar acceso a los Criterios Clínicos para Cirugías de Afirmación de Género, recursos adicionales o conversar sobre capacitaciones y solicitudes de ayuda.