



## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE PERSONA TRANSGÉNERO

---

Este formulario puede ser contestado por un médico, enfermero profesional o asistente médico que pueda declarar la situación de persona transgénero de un nuevo miembro. Para verificarlo con documentación, use el *formulario de verificación para persona transgénero*.

### Información del solicitante

---

Nombre en la tarjeta de Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre preferido (si es diferente): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

Estado de VIH (*incluya los análisis de laboratorio más recientes*):

Positivo     Negativo     Desconocido

### Declaración del proveedor

---

1. Indique el tipo de proveedor autorizado que llena este formulario:

Médico                       Enfermero profesional                       Asistente médico

2. Declaro que \_\_\_\_\_ es una persona transgénero y  
(*nombre del solicitante*)  
ha recibido el tratamiento clínico apropiado para una persona diagnosticada con disforia de género.

### Contestado por:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del proveedor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del centro**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**N.º NPI**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Envíe el formulario contestado por fax a:**  
**Transgender Health Services**  
**Attention: Al Rubenstein**  
**Fax: 646-786-1802**  
**Tel: 646-757-7982**