



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

Lapsos de tiempo y credenciales del proveedor:

- Deben tener fecha dentro los últimos 12 meses
- Deben estar escritas por proveedores autorizados del estado de New York
- Las cartas pueden estar escritas por médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros profesionales, enfermeros psiquiátricos profesionales, o asistentes sociales clínicos autorizados (LCSW, por sus siglas en inglés), que actúen dentro del alcance del ejercicio de su profesión.
 - Las cartas que estén escritas por cualquier otro tipo de proveedor, deben ser firmadas de manera conjunta.
- Una carta debe ser emitida por un proveedor con el cual el socio tenga una relación establecida y continua.
- La segunda carta puede ser de un proveedor que solo ha tenido un rol evaluador ante el socio.
- **Cada procedimiento que se solicite requerirá una carta por separado**

Puntos principales que las cartas deben incluir:

- Por cuánto tiempo el socio ha sido su paciente.
- Por cuánto tiempo el socio ha vivido en el rol de género que se corresponde con su identidad de género.
- Confirmar que el socio tiene disforia de género persistente y bien documentada.
- Expresar su apoyo para el procedimiento de afirmación de género solicitado y especificar el procedimiento que se está solicitando.
 - Si no apoyas el procedimiento de afirmación de género, por favor explica por qué.
- Indicar la capacidad del socio de tomar una decisión completamente informada y consentir al tratamiento.
- Proporcionar información sobre el régimen hormonal del socio.
 - La cirugía genital requiere 12 meses de terapia hormonal.
 - Para el aumento de senos (requiere 24 meses de terapia hormonal), indique el efecto que las hormonas han tenido en el crecimiento de senos, por ejemplo, si el socio ha tenido un crecimiento de senos insignificante luego de 24 meses de terapia hormonal.
 - Indique si la terapia hormonal está contraindicada o si el socio por algún otro motivo no puede tomar hormonas.

Para obtener información adicional, por favor consulta las Pautas clínicas y los Criterios de cobertura para el tratamiento de la disforia de género de Amida Care o comunícate con el Equipo de Apoyo a la Identidad de Género (Gender Identity Support Team, GIST) al 646-757-7982; o por correo electrónico GIST@amidacareny.org



- Exponga cualquier padecimiento médico o de salud mental, y exprese si tales padecimientos constituirían una contraindicación para la cirugía, y, de ser así, que están razonablemente bien controlados.
- Las cartas de apoyo para todos los procedimientos que no sean una cirugía superior o inferior DEBEN incluir una exposición de cómo el procedimiento es médicamente necesario para el tratamiento de la disforia de género.
 - Explique por qué el procedimiento está indicado y como beneficiará al socio y aliviará su disforia de género.

Para obtener información adicional, por favor consulta las Pautas clínicas y los Criterios de cobertura para el tratamiento de la disforia de género de Amida Care o comunícate con el Equipo de Apoyo a la Identidad de Género (Gender Identity Support Team, GIST) al 646-757-7982; o por correo electrónico GIST@amidacareny.org