



Paquete Informativo para Pacientes Nuevos Masculinos

El contenido de este paquete es para comenzar el proceso de restablecer su vitalidad.

Favor de tomar su tiempo para leer detenidamente y contestar todas las preguntas de este cuestionario: Si es posible, favor de no dejar en blanco ninguna pregunta.

Nuestra meta es, crear una union con usted. Asi, juntos lograremos nuevamente su bienestar.

Gracias por su interes en BioTE Medical®. Para determinar si usted es candidato para recibir el “pellet” de “bio-identical testosterone”, debemos evaluar los resultados de laboratorio y el cuestionario contestado por usted. Toda la informacion sera evaluada antes de su consulta, para determinar si BioTe Medical puede apoyarlo en mantener un nivel de vida sana. **Favor de completar los siguientes requisitos antes de presentarse a su cita:**

Favor de presentarse 2 semanas antes o mas (en ayunas) a cualquier laboratorio Quest o LabCorp. Si no tiene seguro medico o su deducible es muy alto, favor de llamar a nuestra oficina para hacer arreglos de pago. Nota: Es su responsabilidad informarse si su seguro medico cubre estos gastos y si ellos tienen preferencia de laboratorio. **Porfavor no se olvide de ayunar 12 horas antes de su toma de sangre. Sus resultados de sangre pueden tardarse hasta 2 semanas para llegar a nuestra oficina.**

Sus analisis de sangre deben de tener los siguientes estudios:

- Estradiol
- Testosterone Free & Total
- PSA Total
- TSH
- T4, Total
- T3, Free
- T.P.O. Thyroid Peroxidase
- CBC
- Complete Metabolic Panel
- Vitamin D, 25-Hydroxy (Opcional)
- Lipid Panel (Opcional) **(Debe ser en ayunas para que sean exactos)**

Requisitos de analisis msculino de sangre a las 4 semanas despues de la insercion:

- Estradiol
- Testosterone Free & Total
- PSA Total (Si PSA estaba e limite en la primera insercion)
- CBC
- Lipid Panel (Opcional) **(Necesita ser en ayunas)**
- TSH,T4 Total,T3 Total,TPO **(Solo si se le receto medicina para la tiroides)**



Questionario y Historial de Paciente Masculino

Nombre: _____ Fecha: _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Profesion: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Telefono Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo Electronico: _____ Podemos comunicarnos con usted via E-Mail? () Si () NO

En caso de emergencia, Persona de Contacto: _____ Parentesco: _____

Telefono Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Medico de cabecera: _____ Telefono: _____

Domicilio: _____
Domicilio Ciudad Estado CP

Estado Civil (seleccione uno): () Casado () Divorciado () Viudo () Union Libre () Soltero

En caso de que no podemos comunicarnos con usted via los medios señalados en esta forma: solicitamos permiso para comentar su tratamiento con su esposa o pareja. Al proporcionar estos datos, indica que nos da permiso para hablar sobre su tratamiento con la persona indicada.

Nombre del conyuge: _____ Parentesco: _____

Telefono Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Social:

- () Llevo una vida sexual activa.
- () Deseo llevar una vida sexual activa.
- () Ya no quiero mas familia.
- () Yo he usado esteroides en el pasado con fines deportivos.

Habitos:

- () Fumo cigarros o puros _____ por dia.
 - () Tomo bebidas alcoholicas _____ por semana.
 - () Tomo mas de 10 bebidas alcoholicas a la semana.
 - () Tomo cafeina _____ al dia.
-



Historial Medico

Tiene algun tipo de alergia a medicamento: _____

Alguna vez a tenido problemas con anestesia? () Si () No

Si contesta Si, favor de explicar: _____

Medicamentos que este tomando: _____

Terapia de remplazo hormonal actual: _____

Terapia de remplazo hormonal anterior: _____

Vitaminas/Suplementos nutricionales: _____

Cirugias, lista de todas con fecha: _____

Mas informacion pertinente: _____

Enfermedades Medicas:

() Presion arterial alta.

() Colesterol alto.

() Enfermedades del corazon.

() Ataque del corazon.

() Coagulo de sangre y/o embolia pulmonar.

() Hemocromatosis

() Depresion/Ansiedad.

() Trastorno Psiquiátrico.

() Cancer (tipo): _____

Año: _____

() Cancer Testicular o de prostata.

() PSA Elevado

() Agrandamiento de la próstata

() Dificultad para orinar o tomar Flomax o Avodart.

() Enfermedad cronica del higado (hepatitis, higado grasos cirrhosis).

() Diabetes.

() Enfermedad de la tiroides

() Artritis.

Entiendo que si empiezo reemplazo de testosterona con cualquier tratamiento de testosterona, uncluyendo los pellets de testosterona, que mis testiculos van a producir menos testosterona y si dejo el tratamiento, puedo experimentar una disminucion temporal en mi produccion de testosterona. La Testosterona de los pellets debe de salir de su sistema completamente en 12 meses.

Al empezar el tratamiento, Yo acepto todos los riesgos de la terapia que se indican en este documento y los riegos futuros que puedan ser reportados. Entiendo que los niveles fisiologicos pueden llegar a ser **mas alto de lo normal para poder crear el equilibrio hormonal necesario.**

Nombre

Firma

Fecha

BHRT Lista de Control Maculino

Nombre: _____

Fecha: _____

E-Mail: _____

Sintomas (Porfavor marcar)

Nunca

Leve

Moderado

Severo

Disminucion en el bienestar general

Dolor muscular y de articulaciones

Sudoracion excesiva

Problemas para dormir

Necesidad de dormir mas

Irritabilidad

Nerviosismo

Ansiedad

Estado de ánimo depresivo

Agotamiento/carece de vitalidad

Disminucion de habilidad mental/Concentracion

Sentimiento de que ya paso su etapa

Se siente agotado/que toco fondo

Disminucion de fuerza muscular

Aumento de peso/grasa de vientre/no puede bajar de peso

Desarrollo de pechos

Enconamiento de Testiculos

Perdida de cabello

Disminucion de crecimiento de barba

Nuevos dolores de migraña

Disminucion de deseo

Disminucion de erection matutina

Disminucion de capacidad para hacer sexo

Eyacuaciones infrecuentes o ausentes

No ha tenido resultados con medicamentos

Otros sintomas que le preocupen:

Consentimiento de Insercion de Testosterona

Pellets de hormonas bio-identicas son hormonas concentradas, biologicamente identicas a las hormonas que hace su propio cuerpo. La testosterona se hizo en sus testículos antes de la "andropausia." Hormonas Bio-identicas tienen los mismos efectos en su cuerpo como su propia testosterona que hacia su cuerpo cuando era mas joven. Pellets de Hormonas Bio-identicas son hechas con de batatas y el remplazo de hormonas bio-identicas usando pellets se ha usado en Europa, U.S. y Canada desde 1930. Sus riesgos son similares a los de cualquier reemplazo de testosterona, pero pueden ser de menor riesgo que las formas alternativas. Durante la andropausia, el riesgo de no recibir la terapia hormonal adecuada puede pesar más que los riesgos de sustitución de testosterona.

Los riesgos de no recibir la terapia de testosterona después de la andropausia incluyen pero no se limitan a: Arteriosclerosis, elevación del colesterol, la obesidad, la pérdida de fuerza y resistencia, el envejecimiento generalizado, osteoporosis, trastornos del estado de ánimo, depresión, artritis, pérdida de la libido, disfunción eréctil, pérdida de tono de la piel, diabetes, aumentó en conjunto procesos inflamatorios, la demencia y la enfermedad de Alzheimer, y muchos otros síntomas del envejecimiento.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Doy mi consentimiento para la inserción de pellets de testosterona en mi cadera. He sido informado de que puedo experimentar ninguna de las complicaciones de este procedimiento que se describe a continuación. Los riesgos quirúrgicos son los mismos que para cualquier procedimiento médico menor.

Los efectos secundarios pueden incluir:

Sangrado, moretones, hinchazón, infección y dolor. La falta de efecto (normalmente por falta de absorción). Adelgazamiento del cabello, calvicie de patrón masculino. El aumento del crecimiento de los tumores de próstata. Extrusión de pellets. Sexualidad hiperactiva (libido hiperactiva). Diez a quince por ciento de reducción en el tamaño del testículo. También puede haber una reducción significativa en la producción de esperma.

Existe un cierto riesgo, incluso con la terapia de testosterona natural, de que un cáncer de próstata actual que ya existente a crecer más rápidamente. Por esta razón, un análisis de sangre del antígeno específico de la próstata que se debe hacer antes de comenzar la terapia con pellets de testosterona y se llevará a cabo cada año a partir de entonces. Si hay alguna duda sobre el cáncer de próstata, es posible un seguimiento con una ecografía de la glándula de la próstata pueda ser necesario, así como una referencia a un especialista cualificado. Mientras que los síntomas urinarios suelen mejorar con la testosterona, rara vez pueden empeorar, o empeorar antes de mejorar. La terapia con testosterona puede aumentar su hemoglobina y hematocrito, o espesar la sangre de uno. Este problema se puede diagnosticar con un examen de sangre. Por lo tanto, un recuento sanguíneo completo (hemoglobina y hematocrito) Debe hacerse por lo menos anualmente. Esta condición se puede revertir simplemente mediante la donación de sangre periódicamente.

BENEFICIOS DE PELLETS TESTOSTERONA INCLUYES:

El aumento de la libido, la energía, y el sentido de bienestar. Aumenta la masa muscular y la fuerza y la resistencia. Disminución de la frecuencia y severidad de las migrañas. Disminución de cambios de humor, ansiedad e irritabilidad (secundaria a la disminución hormonal). Disminución de peso (Aumento de la masa corporal magra). Disminución en el riesgo o la gravedad de la diabetes. Disminución del riesgo de enfermedad de Alzheimer y Demencia. Disminución del riesgo de enfermedades del corazón en los hombres menores de 75 años de edad, sin antecedentes pre-existente de enfermedades del corazón.

El 31 de enero de 2014, la FDA emitió una Comunicación de Seguridad de Medicamentos que indica que la FDA está investigando el riesgo de ataque cardíaco y muerte en algunos hombres que toman productos de testosterona aprobado por la FDA. Se encontró que los riesgos son en los hombres mayores de 65 años con enfermedad cardíaca preexistente y los hombres mayores de 75 años con o sin pre-existentes enfermedad cardíaca. Estos estudios se realizaron con parches de testosterona, cremas de testosterona y las inyecciones de testosterona sintética y no incluyen la terapia hormonal pellet subcutáneo.

Estoy de acuerdo en informar de inmediato a la oficina de mi médico de cualquier reacción adversa o problema que pudiera estar relacionado con mi terapia. Las complicaciones potenciales se han explicado a mí y estoy de acuerdo de que tengo la información recibida en relación con los riesgos, Complicaciones y beneficios potenciales, y la naturaleza de los tratamientos bio-idénticas y otros y han tenido todas mis preguntas contestadas. Por otra parte, no se me ha prometido ni garantizado los beneficios específicos de la administración de la terapia de bio-idénticas. Acepto estos riesgos y beneficios y doy mi consentimiento para la inserción de gránulos hormonales bajo mi piel. Este consentimiento está en curso para esta y todas las inserciones futuras. Entiendo que el pago se debe en su totalidad al momento del servicio. También entiendo que es mi responsabilidad de someter una reclamación a mi compañía de seguros para su posible reembolso. Se me ha informado que la mayoría de las compañías de seguros no consideran la terapia con pellets de ser un beneficio cubierto y mi compañía de seguros no pueden devolverme, dependiendo de mi cobertura.

Entiendo que el pago se debe en su totalidad al momento del servicio. También entiendo que es mi responsabilidad de someter una reclamación a mi compañía de seguros para su posible reembolso. Se me ha informado que la mayoría de las compañías de seguros no consideran la terapia con pellets de ser un beneficio cubierto y mi compañía de seguros no pueden devolverme, dependiendo de mi cobertura. Reconozco que el profesional no tiene contratos con ninguna compañía de seguros y no está obligada contractualmente a pre-certificar el tratamiento con mi compañía de seguros o contestar cartas de apelación.



Nombre

Firma

Fecha

Cargos de Reemplazo Homonal

Medicina Preventiva y reemplazo de hormonas bio-identicas son tratamientos diferentes y es considerado como medicina alternativa. Aunque nuestros medicos y enfermera son certificados, aseguransas no consideran este servicio como necesidad medica. Pero es considerado como cirugia plastica (medicina estetica) y por esto las aseguransas no cubren este tratamiento.

Nuestra practica no esta asociada con ninguna aseguransa, asi que no estan obligadas a pagar por estos servicios (analisis de sangre, consulta, insercion del granulito). Nosotros requerimos que los servicios sean pagados al momento de la visita y su usted desea se le puede dar una forma para que usted mande a su aseguransa y un recibo de los que se nos pago. Nosotros NO vamos a comunicarnos con su aseguransa por estos servicios.

La forma y recibo seran responsabilidad de usted y serviran como evidencia del pago por el tratamiento. Nosotros NO llamaremos, escribiremos, pre-certificaremos o nos comunicaremos con su aseguransa. Cualquier carta de su aseguransa dirigida hacia nosotros sera desechada. Si recibimos algun cheque de su aseguransa no lo cobraremos y sera enviado de regreso a su aseguransa. No se lo mandaremos a usted. No responderemos a ningun llamado o carta de su aseguransa.

Precio de Primera Consulta \$125.00

Precio Insercion de Granulito (masulino) \$650.00

Precio Insercion de Granulitp (arriba de 2000mg).....\$750.00

Aceptamos las siguientes formas de pago:

Master Card, Visa, Discover, American Express, Cheques personales y Efectivo.

Nombre

Firma

Fecha





Solo para uso Oficial Forma de consuma(Masculino)

Nombre: _____ Fecha: _____

Altura: _____ Peso: _____ Presion Arterial: _____ Temperatura: _____

Medicamentos Actuales: _____

Cirugias/Historia Medica: _____

Sintomas: _____

LABS: Estradiol: _____ Testosterone: _____ Free Test: _____ PSA: _____ Vitamin D: _____

TSH: _____ Free T3: _____ TPO: _____ CBC: _____ Chem Panel: _____

LDL: _____ HDL: _____ Triglycerides: _____

PLAN:

Este paciente esta aqui hoy por los pellets hormonales. El procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas se explico a la paciente. Las preguntas fueron respondidas y se firmo un formulario de consentimiento para la insercion de implante de testosterona. Un area en la cadera fue preparada con hisopos de Betadine. Un paño estéril se aplico. 1% de Lidocaína con epinefrina y bicarbonato de sodio se inyecta para anestesiar la zona. Una pequeña incisión transversal se realizó utilizando una cuchilla número 11. El trocar con la cánula se pasó a través de la incisión en el tejido subcutáneo. La testosterona pellet (s) se insertaron a través de la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras Steri y / o cinta de espuma. Un apósito estéril se aplico. El paciente tolero bien el procedimiento. Instrucciones postoperatorias fueron revisados y una copia se le dio al paciente. Los pellets utilizados son los siguientes:

Tratamiento:

Testosterona: _____ MG's Testosterona Numero de Lote: _____

Femara: _____ Arimidex: _____ DIM: _____

Vitamin ADK: _____ Tiroides _____ Yodo _____

Comentarios: _____



NOMBRE: _____

FECHA _____

SINTOMAS/NOTAS:

INFORME DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas se explicó a el paciente. Las preguntas fueron respondidas y se firmó un formulario de consentimiento para la inserción de implante de testosterona. Un área en la cadera fue preparada con hisopos de Betadine. Un paño estéril se aplicó. 1% de Lidocaína con epinefrina y bicarbonato de sodio se inyecta para anestesiar la zona. Una pequeña incisión transversal se realizó utilizando una cuchilla número 11. El trocar con la cánula se pasó a través de la incisión en el tejido subcutáneo. La testosterona pellet (s) se insertaron a través de la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras Steri y / o cinta de espuma. Un apósito estéril se aplicó. El paciente toleró bien el procedimiento.

Peso _____ Testosterona pellet Lot # _____

Testosterona _____ mg

sitio de inserción: Cadera izquierda () Cadera derecha ()

NOMBRE: _____

FECHA _____

SINTOMAS/NOTAS:

INFORME DEL PROCEDIMIENTO:

El procedimiento, riesgos, beneficios y alternativas se explicó a el paciente. Las preguntas fueron respondidas y se firmó un formulario de consentimiento para la inserción de implante de testosterona. Un área en la cadera fue preparada con hisopos de Betadine. Un paño estéril se aplicó. 1% de Lidocaína con epinefrina y bicarbonato de sodio se inyecta para anestesiar la zona. Una pequeña incisión transversal se realizó utilizando una cuchilla número 11. El trocar con la cánula se pasó a través de la incisión en el tejido subcutáneo. La testosterona pellet (s) se insertaron a través de la cánula en el tejido subcutáneo. El sangrado fue mínimo. Se aplicaron tiras Steri y / o cinta de espuma. Un apósito estéril se aplicó. El paciente toleró bien el procedimiento.

Peso _____ Testosterona pellet Lot # _____

Testosterona _____ mg

sitio de inserción: Cadera izquierda () Cadera derecha ()
