



FORMULARIO-

MÓDULO INTERVENCION DE ADECUACION DE
GENITALIDAD A LA IDENTIDAD DE GENERO
AUTOPERCIBIDA.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: O.S.P.I.V.

RNAS: 1-2250-0

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: ☐ F ☐ M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico:

Antecedentes del paciente:

Resumen con el detalle del tratamiento indicado (completo). Incluir las terapias realizadas en cantidades y especificar las utilizadas. Adjuntar los protocolos quirúrgicos de los procedimientos efectuados:

Fundamentación médica que avale la práctica solicitada:

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello de médico especialista

Form. D. P. 2.10.1



CONFORMIDAD DE LA INTERVENCIÓN DE ADECUACIÓN DE GENITALIDAD A LA IDENTIDAD DE GÉNERO AUTOPERCIBIDA

Quién suscribe _____

con CUIL ----- _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES. (O.S.P.I.V.), con

domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme
a la cirugía de adecuación de genitalidad a la identidad de género autopercebida en los términos del
Art. 11 de la Ley N° 26.743. (Aclarar el período que corresponda).

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular, aclaración, DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante