

# FORMULARIOS SUR

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





## RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN

RNOS: 1-2550-9

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 DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), 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