

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Beneficiario N°: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico CIE 10: \_\_\_\_\_ Fecha 1º consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo N°: \_\_\_\_\_ Evolución: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Parto N°: \_\_\_\_\_ Carácter: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_  
 Presentación: \_\_\_\_\_ Maniobras: \_\_\_\_\_ Apgar 1,2,3,4,5: \_\_\_\_\_ Peso nac.: \_\_\_\_\_ Long. corp.: \_\_\_\_\_  
 Madur. psicomotriz: \_\_\_\_\_ Escol. grado: \_\_\_\_\_ Retardo mental:  NO  SI. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Enfermedades padecidas: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE: Fecha nac. \_\_\_\_\_ ¿Vive?: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Edad des. pub.: \_\_\_\_\_ SANO:  SI  NO. Especificar: \_\_\_\_\_  
 MADRE: Fecha nac. \_\_\_\_\_ ¿Vive?: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Edad des. pub.: \_\_\_\_\_ SANO:  SI  NO. Especificar: \_\_\_\_\_  
 HERMANOS: Sexo: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Edad menarca/ des. puberal: \_\_\_\_\_  
 HERMANOS: Sexo: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Edad menarca/ des. puberal: \_\_\_\_\_  
 HERMANOS: Sexo: \_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Edad menarca/ des. puberal: \_\_\_\_\_  
 Enfermedades en la flia:  NO  SI. Especificar: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## ENFERMEDAD ACTUAL (DESCRIPCIÓN CUADRO CLÍNICO)

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Edad cronol.: \_\_\_\_\_ Edad ósea: \_\_\_\_\_ Estado nutricional: \_\_\_\_\_  
 Est. pub G/M: \_\_\_\_\_ VP: \_\_\_\_\_ Tamaño testic. D: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_ Edad menarca: \_\_\_\_\_

## LABORATORIO (ADJUNTAR PROTOCOLOS FIRMADOS POR BIOQUÍMICO)

## SECTOR SOMATOTRÓFICO

	Fecha	Valor		Fecha	Valor
TSH			T4 total		
TSH post TRH			T4 libre		

## SECTOR GONADOTRÓFICO

	Fecha	Valor		Fecha	Valor
LH			LH post GRH		
FSH			FSH post GRH		

## OTROS INESPECÍFICOS

	Fecha	Valor		Fecha	Valor
Glucemia			Hb		
Creatininemia			Orina completa		

## ESTUDIO CROMOSÓMICO (DESCRIBIR BREVEMENTE Y ADJUNTAR INFORME)

Cariotipo: fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

## OTROS EXÁMENES (DESCRIBIR BREVEMENTE Y ADJUNTAR INFORME)

Estudio	Fecha	Resultado
Ecografía renal		
Examen cardiovascular		
ECG		
Ecocardiograma		
Absorción intestinal		

## IMÁGENES (ADJUNTAR INFORMES)

Rx de mano y muñeca izq: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ RMN de región hipotálamo-hipofisaria: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## TRATAMIENTOS HORMONALES PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Tratamientos no farmacológicos realizados: \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO HORMONAL SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis / semana	Nº aplic. / semana	Can. envases / mes

UI

\_\_\_\_\_  
LUGAR  
\_\_\_\_\_  
FECHA  
\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Tel: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Mail: \_\_\_\_\_

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.