

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____
 Beneficiario N°: _____ Sexo: _____
 Diagnóstico CIE 10: _____ Fecha 1° 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: ____ Retraso 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)

- FUNCIÓN HIPOTÁLAMO-HIPÓFISO-GONADAL
SECTOR GONADOTRÓFICO

LH: Fecha: ____ Basal: ____ post. GNRH: ____
 FSH: Fecha: ____ Basal: ____ post. GNRH: ____
 Testosterona: Fecha: ____
 Estradiol: Fecha: ____

- OTROS ANÁLISIS

Determinación	Fecha	Valor	Determinación	Fecha	Valor
Creatininemia	/ /		Hemoglobina	/ /	
Glucemia	/ /		Hematocrito	/ /	

NEUROIMÁGENES (ADJUNTAR INFORMES)

TAC: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ RMN: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (DETALLAR)

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados
		desde: hasta:	
		desde: hasta:	
		desde: hasta:	

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS REALIZADOS

Cirugía, radioterapia, otros (detallar: tipo, fecha y resultados). _____

TRATAMIENTO HORMONAL SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis	Cant. envases / mes

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.