

Formulario (29): PUBERTAD PRECOZ

INICIO

Nombre y Apellido		Fecha Nac. / /		Sexo:	
Beneficiario N°					
Diagnóstico CIE 10				Fecha 1° consulta / /	
<u>Antecedentes personales:</u>					
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 /sí (especificar)	
enfermedades padecidas:					
<u>Antecedentes familiares</u>					
padre:	fecha nac. / /	vive?	edad	estatura	edad des. pub. sano: sí/ no (especificar)
madre:	fecha nac. / /	vive?	edad	estatura	edad menarca sana: sí/ no (especificar)
hermanos:	sexo	edad actual	talla	edad menarca/ des. puberal	
	sexo	edad actual	talla	edad menarca/ des. puberal	
	sexo	edad actual	talla	edad menarca/ des. puberal	
Enfermedades en la familia: no/ sí (especificar) parentesco					
<u>Enfermedad actual</u> (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	Cantidad envases/ mes		
Lugar y fecha	Firma y sello médico especialista	Tel			
		Fax			
		Mail			

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