

FORMULARIO DIFERENCIACIÓN SEXUAL AL AÑO DE EDAD

IDNUM MADRE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cohorte: _____
IDNUM NIÑO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
NOMBRE NIÑO : _____	
FECHA EXPLORACIÓN: ____ / ____ / ____	
Examinador: _____	

UTENSILIOS NECESARIOS: ORQUIÓMETRO, CINTA MÉTRICA

DESARROLLO SEXUAL

- | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1.- Criptorquidia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch <input type="checkbox"/> Iz |
| 2.- Teste en resorte | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch <input type="checkbox"/> Iz |
| 3.- Teste en ascensor | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch <input type="checkbox"/> Iz |
| 4.- Hernia inguinal congénita | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch <input type="checkbox"/> Iz |
| 5.- Hidrocele | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch <input type="checkbox"/> Iz |
| 6.- Varicocele | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch <input type="checkbox"/> Iz |
| 7.- Fimosis / Sinequias labiales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | |
| 8.- Hipospadias. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Glandular | <input type="checkbox"/> Coronal | <input type="checkbox"/> Subcoronal <input type="checkbox"/> Peneana |
| | | | | <input type="checkbox"/> Penoescretal | <input type="checkbox"/> Escrotal <input type="checkbox"/> Perineal |

PIEL

- | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| 9.- Hemangiomas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Número | <input type="checkbox"/> Viscerales(si eco) |
| 10.- Areola mamaria hiperpigmentada | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral |
| 11.- Genitales externos hiperpigmentados | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | |
| 12.- Menorragia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | |
| 13.- Galactorrea | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | |
| 14.- Politelia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Nº: _____ | |
| 15.- Velloalidad | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Fino universal | <input type="checkbox"/> Lanugo <input type="checkbox"/> Hirsutismo <input type="checkbox"/> Otros |

OTROS

- | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|---|
| 16.- Genitales Ambiguos | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Estadio de Prader |
| 17.- Himen imperforado. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| 18.- Otras anomalías asociadas. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Agenesia en dg prenatal
<input type="checkbox"/> Otras malformaciones genitourinarias
<input type="checkbox"/> Extrofia de cloaca
<input type="checkbox"/> Extrofia de vejiga
<input type="checkbox"/> Epispadias
<input type="checkbox"/> Aniridia
<input type="checkbox"/> Hemihipertrofia
<input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |
| 19.- Si alguna de las respuestas anteriores es Si, ¿Se diagnosticó durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| 20.- Volumen testicular (mm) | _____ | | |
| 21.- Tamaño del pene (cm) | _____ | | |
| 22.- Estadios de Tanner | | | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo genital penotesticular | <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> GII | <input type="checkbox"/> GIII <input type="checkbox"/> GIV <input type="checkbox"/> GV |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo mamario | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SII | <input type="checkbox"/> SIII <input type="checkbox"/> SIV <input type="checkbox"/> SV |
| <input type="checkbox"/> Vello púbico | <input type="checkbox"/> PPI | <input type="checkbox"/> PPII | <input type="checkbox"/> PPIII <input type="checkbox"/> PPIV <input type="checkbox"/> PPV |
| 23.- Axilarquia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |

La evaluación del RN, debe ser cuidadosa en una atmósfera cálida, con las manos del explorador templadas y el niño lo más tranquilo posible. Es deseable realizarla delante de los padres que así podrán participar de forma más directa y menos inquietante.

FORMULARIO DIFERENCIACIÓN SEXUAL A LOS 4 AÑOS DE EDAD

IDNUM MADRE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cohorte: _____
IDNUM NIÑO: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
NOMBRE NIÑO : _____	
FECHA EXPLORACIÓN: ____ / ____ / ____ Examinador: _____	

UTENSILIOS NECESARIOS: ORQUIÓMETRO, CINTA MÉTRICA

DESARROLLO SEXUAL

- | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1.- Hernia inguinal congénita | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 2.- Anorquia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |
| 3.- Varicocele | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | <input type="checkbox"/> Dch | <input type="checkbox"/> Iz |

PIEL

- | | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| 4.- Hemangiomas | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Número | | | |
| 5.- Areola mamaria hiperpigmentada | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Unilateral | <input type="checkbox"/> Bilateral | | |
| 6.- Genitales externos hiperpigmentados | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |

OTROS

- | | | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| 7.- Himen imperforado. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 8.- Otras anomalías asociadas. | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| <input type="checkbox"/> Agenesia
<input type="checkbox"/> Otras malformaciones genitourinarias
<input type="checkbox"/> Extrofia de cloaca
<input type="checkbox"/> Extrofia de vejiga
<input type="checkbox"/> Aniridia
<input type="checkbox"/> Hemihipertrofia
<input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | | | | |
| 19.- Si alguna de las respuestas anteriores es Si, ¿Se diagnosticó durante el embarazo? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |
| 20.- Volumen testicular (mm) | _____ | | | | | |
| 21.- Tamaño del pene (cm) | _____ | | | | | |
| 22.- Estadíos de Tanner | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo genital penotesticular | <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> GII | <input type="checkbox"/> GIII | <input type="checkbox"/> GIV | <input type="checkbox"/> GV | |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo mamario | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> SII | <input type="checkbox"/> SIII | <input type="checkbox"/> SIV | <input type="checkbox"/> SV | |
| <input type="checkbox"/> Vello púbico | <input type="checkbox"/> PPI | <input type="checkbox"/> PPII | <input type="checkbox"/> PPIII | <input type="checkbox"/> PPIV | <input type="checkbox"/> PPV | |
| 23. -Axilarquia | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | | | | |