

**ANEXO I. Adolescentes**  
**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEL EXAMEN CLÍNICO**  
**Y RECOGIDA DE SANGRE Y PELO**

IDNUM participante/a: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento participante/a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha exploración: \_\_\_\_\_ Examinador: \_\_\_\_\_  
 Hora inicio de la exploración (24 hrs): \_\_\_\_:\_\_\_\_ (horas y minutos)

**PRESIÓN ARTERIAL**

*Recoger los resultados de las tres mediciones*

Mediciones	Primera medida	Segunda medida	Tercera medida	Cuarta medida
Aparato de medición*				
Presión sistólica (mmHg)				
Presión diastólica (mmHg)				
Frecuencia (puls/min)				

\* M4-I= 1; M6W= 2

**Observaciones presión arterial:**  
 Tipo de manguito\*: \_\_\_\_\_

\*Tipo de manguito según circunferencia braquial:  
 17-22 cm → Manguito infantil  
 22-42 cm → Manguito adulto

Otros:

---



---



---

**ANTROPOMETRÍA**

*Medición de peso y talla sin zapatos y con ropa ligera. Talla con los pies casi juntos y piernas rectas, hombros relajados, brazos a los lados, mirando al frente, columna recta y cabeza recta en el plano de Frankfurt.*

*Circunferencia de la cintura a nivel del punto medio entre justo debajo de la costilla inferior y justo encima del inicio de la cadera, relajado con columna recta, brazos a los lados, pies separados 25 cm, después de una ligera espiración. Cinta horizontal y recta/nivelada por todos los lados.*

Mediciones	Adolescente	
	Primera medida	Segunda medida
Talla (cm)		
Peso (kg)		
Masa grasa (%)		
Circunferencia abdominal (cm)		

**Observaciones antropometría ADOLESCENTE:**

---



---



---



---



---

**DESARROLLO PUBERAL**

**1. Evaluación Estadio de Tanner.**

ENFERMERA		NIÑO/A		PADRES <i>(No está en mínimos)</i>	
CHICA	CHICO	CHICA	CHICO	CHICA	CHICO
Vello: _____	Vello: _____	Vello: _____	Vello: _____	Vello: _____	Vello: _____
Mamas: _____	Genitales: _____	Mamas: _____	Genitales: _____	Mamas: _____	Genitales: _____
				¿Quién lo realiza?	
				Padre	Madre

*Indicar Estadio de Tanner de 1 a 5.*

**2. Escáner de Manos**

- Sí  
 No

Observaciones:

---



---

**ESPIROMETRÍA FORZADA (SIN BRONCODILATACIÓN)**

**APARTADO A CUMPLIMENTAR POR PARTE DEL PARTICIPANTE**

**1. ¿Has tomado alguna medicación en las últimas 24 horas?**

No  Sí → Dinos todos los medicamentos que has tomado (incluido homeopatía). Para cada uno, especifica cuando tomaste la última dosis.

---



---



---

**2. ¿Has tenido un ataque de asma ...**

	Sí	No	No sabe/No contesta
... durante los últimos 3 días?			
... en la última semana?			

**3. ¿Has tenido un resfriado o la gripe en la última semana?**

- Sí  
 No

**4. ¿Has sufrido algún otro problema de salud durante la última semana?**

- Sí, especificar: \_\_\_\_\_  
 No

**5. ¿Tienes un resfriado hoy?**

- Sí  
 No

**APARTADO A CUMPLIMENTAR POR PARTE DE LA ENFERMERA**

**6. Número de pruebas realizadas \_\_\_\_\_**

**7. Comprensión de las instrucciones para realizar la espirometría:**

- 1) Ha entendido cómo realizar el test desde el inicio de la prueba
- 2) Ha entendido cómo realizar el test pero después de unas cuantas pruebas
- 3) Ha hecho las pruebas pero no parece que haya entendido cómo hacer la espirometría

**Observaciones espirometría** (Impedimentos en el momento de realizar la prueba de espirometría por: mocos, resfriado, medicación, tos, dolor de cabeza, miedo, estado de ánimo u otros (especificar) / Comprensión de las instrucciones para realizar la espirometría / otras observaciones):

---



---



---

**PRUEBAS DE NEURODESARROLLO**

<b>Ordenador</b>			
<b>Temperatura</b>	<input type="checkbox"/> Correcta	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Baja
<b>Tiempo</b>	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Sol-nubes	<input type="checkbox"/> Nubes/lluvia
<b>Ruido</b>	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
<b>Iluminación</b>	<input type="checkbox"/> Natural	<input type="checkbox"/> Artificial	
<b>Luminosidad</b>	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Excesiva
<b>Calidad de la prueba</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Problemas (dificultades de concentración, etc.)	<input type="checkbox"/> No utilizable
<b>Salud del participante</b>	<input type="checkbox"/> Normal	Problemas de salud	
<b>¿El participante ha descansado la noche anterior?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	No tan bien como hace normalmente	
<b>Incidencias test neurodesarrollo:</b>			

**Observaciones test de neurodesarrollo:**

---



---



---

## 1. Muestra de sangre

ADOLESCENTE (C)	
1. Hora de la última ingesta (hh/mm, 24h)	__:__
2. ¿Has tomado algún medicamento en las últimas 24h? <i>Incluye vitaminas o suplementos alimenticios como omega 3</i> ¿Qué medicamento? ¿Con qué frecuencia lo tomas?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
3. ¿Estás resfriado en este momento?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
4. ¿Tienes algún otro problema de salud en este momento?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
5. ¿Qué has comido durante todo el día de hoy?	

### OK TUBOS RECOGIDOS

silica plastic
silica glass
EDTA

### OTROS DATOS

Extracción de sangre	Hora:
Se ha guardado la muestra en el frigorífico (o caja térmica con hielo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hora:

## 2. Muestra de pelo

- Sí. Número mechones \_\_\_\_\_  
 No

Lavado con champú (mismo día o día anterior a la toma de la muestra)

- Sí  
 No

### Observaciones

---



---



---



---



---



---



---