

FORMULARIO ANTROPOMETRÍA CUATRO AÑOS

IDNUM NIÑO:

Examinador: _____

NOMBRE NIÑO: _____

F. EXPLORACIÓN: ____ / ____ / ____

1) PESO: grs.

2) TALLA: cms.

PERÍMETRO CEFÁLICO:

PERÍMETRO ABDOMINAL:

PERÍMETRO BRAQUIAL:

DISTANCIA ANO-GENITAL: _____

PLIEGUE TRICIPITAL:

PLIEGUE SUBESCAPULAR:

PLIEGUE SUPRAILIACO:

PLIEGUE ABDOMINAL:

PRESIÓN ARTERIAL: ____ / ____

RITMO CARDIACO: _____

Dermatitis: SI NO

Región afectada: _____

Peri ocular

Pliegue codo

Ángulo poplíteo

Garganta del pie

Cuello

Mejillas

Antebrazos

Piernas

Región extensa especificar _____

ANTROPOMETRÍA MATERNA

PESO MADRE: _____ Kgrs.

TALLA MADRE: _____ cms.

PESO NACIMIENTO: _____ grs.

P. ABDOMINAL: _____ cms.

ANTROPOMETRÍA PATERNA

PESO PADRE: _____ Kgrs.

TALLA PADRE: _____ cms.

PESO NACIMIENTO: _____ grs.

P. ABDOMINAL: _____ cms.

- Volumen testicular (mm) _____
- Tamaño del pene/ clítoris (cm) _____
- Diámetro del pene _____

Estadios de Tanner

- | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Desarrollo genital peno-testicular | <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 |

COMENTARIOS: _____
