

## FORMULARIO DIFERENCIACIÓN SEXUAL AL NACER

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

*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.- Vellosoidad                         | <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<br><input type="checkbox"/> Otras malformaciones genitourinarias<br><input type="checkbox"/> Extrofia de cloaca<br><input type="checkbox"/> Extrofia de vejiga<br><input type="checkbox"/> Epispadias<br><input type="checkbox"/> Aniridia<br><input type="checkbox"/> Hemihipertrofia<br><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 peno-testicular                             | <input type="checkbox"/> GI  | <input type="checkbox"/> GII  | <input type="checkbox"/> GIII              |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo mamario   | <input type="checkbox"/> SI  | <input type="checkbox"/> SII  | <input type="checkbox"/> SIII              |
| <input type="checkbox"/> Vello púbico   | <input type="checkbox"/> PPI   | <input type="checkbox"/> PPII | <input type="checkbox"/> PPIII             |
| <input type="checkbox"/> -Axilarquia  | <input type="checkbox"/> Si  | <input type="checkbox"/> No   |  |
|   |  |                               | <input type="checkbox"/> GIV               |
|   |  |                               | <input type="checkbox"/> GIV               |
|   |  |                               | <input type="checkbox"/> SV                |
|   |  |                               | <input type="checkbox"/> PPIV              |
|   |  |                               | <input type="checkbox"/> PPV               |

*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.*