FORMULARIO DE INGRESO HORMONAS DE CRECIMIENTO

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE Y SERÁN TOMADOS COMO DDJJ: Declaro bajo juramento

que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. Este Formulario de solicitud de alta será procesado sin excepción, cuando se cumplimenten todos los requisitos médicos y afiliatorios solicitados. Se deberá adjuntar resumen de historia clínica, fotocopia de carnet, recibo de sueldo, fotocopia de informes de estudios referidos a la patología. Los datos son obligatorios y su ausencia impedirá el trámite de empadronamiento.

/\nallida v \\lambra					
		a de Nacimiento:/			
Nacionalidad:			/ Lu	iau actualaiios.	
		Código Postal:			
		·			
Institución:		Histo	ria Clínica Nº:	·	
Médico Tratante:		M.P			
Domicilio:		Local	idad:		
Código Postal:		Teléfo	ono:		
Referido por:					
Diagnóstico:					
•	nto por BPEG PC	OR SECRECION INSUFICIENT	TE DE HORMO	ONA DE CRECIMIENTO).
☐ Retardo de crecimie	•	OR SECRECION INSUFICIENT EQUEÑOS PARA SU EDAD G			
☐ Retardo de crecimie ☐ NIÑOS CON TALLA B	AJA NACIDOS PE		GESTACIONAL		
☐ Retardo de crecimie ☐ NIÑOS CON TALLA B	AJA NACIDOS PE Iperación en el c	equeños para su edad o	GESTACIONAL		
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu	AJA NACIDOS PE iperación en el c IER	equeños para su edad o	GESTACIONAL		
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN	AJA NACIDOS PE iperación en el c IER AL CRONICA	equeños para su edad o	GESTACIONAL		
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA REN	AJA NACIDOS PE iperación en el c IER AL CRONICA GEN SHOX	equeños para su edad o	SESTACIONAL posterior	C/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE q
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA RENA ALTERACIONES DEL C	AJA NACIDOS PE iperación en el c IER AL CRONICA GEN SHOX	EQUEÑOS PARA SU EDAD G recimiento a los 4 años o p	SESTACIONAL posterior	C/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE q
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA RENA ALTERACIONES DEL C	AJA NACIDOS PE iperación en el c IER AL CRONICA GEN SHOX	EQUEÑOS PARA SU EDAD G recimiento a los 4 años o p ona de Crecimiento?	SESTACIONAL posterior	C/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE q
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA REN ALTERACIONES DEL C	AJA NACIDOS PE iperación en el c IER AL CRONICA GEN SHOX ento con Hormo	EQUEÑOS PARA SU EDAD G crecimiento a los 4 años o p ona de Crecimiento? □Si □ Dosis	SESTACIONAL posterior	C/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE q
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA REN ALTERACIONES DEL C Está/estuvo en tratami Hormona: Fecha Iniciación:/_	AJA NACIDOS PE IPER AL CRONICA GEN SHOX ento con Hormo	equeños para su edad de crecimiento a los 4 años o por estado de crecimiento? Si su de crecimiento? Si su de crecimiento?	SESTACIONAL posterior	C/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE q
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA REN ALTERACIONES DEL C ¿Está/estuvo en tratami Hormona: Fecha Iniciación:/ ANTECEDENTES PERSON Embarazo:	AJA NACIDOS PE IPER AL CRONICA GEN SHOX ento con Hormo J NALES N°:	EQUEÑOS PARA SU EDAD G crecimiento a los 4 años o p ona de Crecimiento? SI S Dosis Fecha Evolución:	SESTACIONAL posterior	C/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE q
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA REN ALTERACIONES DEL C Está/estuvo en tratami Hormona: Fecha Iniciación:/_ ANTECEDENTES PERSON Embarazo: Parto:	AJA NACIDOS PE Iperación en el c IER AL CRONICA GEN SHOX ento con Hormo / NALES N°: N°:	equeños para su edad de crecimiento a los 4 años o proceso de crecimiento? Si su de Crecimiento? Si su de Crecimiento? Evolución: Características:	SESTACIONAL posterior	c/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE qu
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA REN ALTERACIONES DEL C ¿Está/estuvo en tratami Hormona: Fecha Iniciación:/ ANTECEDENTES PERSON Embarazo: Parto: Present:	AJA NACIDOS PE IPER AL CRONICA GEN SHOX ento con Hormo J NALES N°: N°:	equeños para su edad de crecimiento a los 4 años o processiva de Crecimiento? Si Social Dosis Fecha Evolución: Características: Maniobras:	SESTACIONAL posterior	c/ PESO Y/O LONGIT	UD DEBAJO de -2DE que semanas.
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA RENA ALTERACIONES DEL C Está/estuvo en tratami Hormona: Fecha Iniciación:/ ANTECEDENTES PERSON Embarazo: Parto: Present:	AJA NACIDOS PE IPER AL CRONICA GEN SHOX ento con Hormo J NALES N°: N°:	EQUEÑOS PARA SU EDAD Grecimiento a los 4 años o portecimiento a los 4 años o portecimiento? Dosis Fecha Evolución: Características: Maniobras: Long. Corp:	oosterior No a de terminac	c/ PESO Y/O LONGIT dión:// Duración: Anestesia: Apgar: 1´ Perinatología:.	UD DEBAJO de -2DE que semanas.
Retardo de crecimie NIÑOS CON TALLA B no hayan mostrado recu SINDROME DE TURN INDUFICIENCIA REN ALTERACIONES DEL C Está/estuvo en tratami Hormona: Fecha Iniciación:/_ ANTECEDENTES PERSON Embarazo: Parto:	AJA NACIDOS PE IPER AL CRONICA GEN SHOX ento con Hormo J NALES N°: N°:	equeños para su edad de crecimiento a los 4 años o processiva de Crecimiento? Si Social Dosis Fecha Evolución: Características: Maniobras:	oosterior No a de terminac	c/ PESO Y/O LONGIT dión:// Duración: Anestesia: Apgar: 1´ Perinatología:.	UD DEBAJO de -2DE que semanas.

ANTECEDENTES F	Familiares									
PADRE:		Nombre:								
Fecha de Nac.:		Edad Actual:	:		Estatura	(cm):				
Edad desarrollo. F	Púber.:	Profesión: Vive?:si								
Sano: (S/N)		Especificar:								
MADRE:		Nombre:								
Fecha de Nac.:	_//_	Edad Actual: Estatura (cm):								
Edad desarr. Púbe	er.:	Profesión:			Vive?:					
Sana: (S/N)		Especificar:								
HERMANOS										
Sexo:	Edad actual	:	Talla:	E, I	Menarca/	desarro	llo:			
Sexo:	Edad actual	:	Talla:	E. I	Menarca/	/desarro	llo:			
Sexo:	Edad actual	:	Talla:	E .l	Menarca/	desarro'	llo:			
			Parentesco:							
Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm)	CTUAL ta: Sintomas:	DS		Estatura. Ser	Edad C	Cronológ	jica:			/
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg):	CTUAL ta: Sintomas: S	DSCi			Edad C	Cronológ 	yica: Perc			
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera	CTUAL ta: Sintomas: S	DSCi		Estatura. Ser aneana (cm):	Edad (nt: a corporal	Cronológ 	yica: Perc		orp:	
Enfermedades er ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos	ctual ta:	DSCi		Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa	Edad (nt: a corporal	Cronológ 	yica: Perc		orp:	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos	CTUAL ta:	DSCi Ci nner) no: SARIA	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena	Edad C nt: a corporal rca:	Cronológ 	yica: Perc		orp:	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos ESTUDIO DE LA FI	CTUAL ta:	DSCi Ci nner) no: SARIA	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena	Edad C nt: a corporal rca:	Cronológ 	yica: Perc		orp:	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos ESTUDIO DE LA FI A-SECTOR SOMA	CTUAL ta:	DS Ci nner) no: SARIA DSAJE D HOF	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena DE CRECIMIEN	Edad (nt: a corporal rca:	Cronológ l:	yica: Perc		orp: Kg/m²	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas:	CTUAL ta:	DS Ci aner) no: SARIA DSAJE D HOF echa	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena DE CRECIMIEN	Edad (nt: a corporal rca:	Cronológ l:	yica: Perc		orp: Kg/m²	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos ESTUDIO DE LA FI A-SECTOR SOMA Ejercicio Prop.: Clonidina:	CTUAL ta:	SDS	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena DE CRECIMIEN	Edad (nt: a corporal rca:	Cronológ l:	yica: Perc		orp: Kg/m²	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos ESTUDIO DE LA FI A-SECTOR SOMA Ejercicio Prop.: Clonidina: Insulina	CTUAL ta:	DS	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena DE CRECIMIEN	Edad (nt: a corporal rca:	Cronológ l:	yica: Perc		orp: Kg/m²	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos ESTUDIO DE LA FI A-SECTOR SOMA Ejercicio Prop.:	CTUAL ta:	SDS	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena DE CRECIMIEN	Edad (nt: a corporal rca:	Cronológ l:	yica: Perc		orp: Kg/m²	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos ESTUDIO DE LA FI A-SECTOR SOMA Ejercicio Prop.: Clonidina: Insulina *Glucemia	ETUAL ta:	SDS	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena DE CRECIMIEN	Edad (nt: a corporal rca:	Cronológ l:	yica: Perc		orp: Kg/m²	
ENFERMEDAD AC Motivo de consul Evolución de los S EXAMEN FISICO Estatura (cm) Peso (Kg): Estado Nutriciona Desarrollo Pubera Mamas: Datos Clínicos Pos ESTUDIO DE LA FI A-SECTOR SOMA Ejercicio Prop.: Clonidina: Insulina *Glucemia *GH:	CTUAL ta:	SDS	ircunf. Cra	Estatura. Ser aneana (cm): Indice masa Edad Mena DE CRECIMIEN	Edad (nt: a corporal rca:	Cronológ l:	yica: Perc		orp: Kg/m²	

Fecha	B-SECTOR TIROTROFICE									
T4:	T.2		Unid. R	esultado	0		valores N	ormales		
Titulo:					-					
Anticuerpos Antitiroideos (TPO)/ Titulo: Prolactina:/_/_ Basal: C-SECTOR ADRENOCORTICOTROFICO Fecha Unid. Basal 20' 30' 60' 90' Glucemia:/_/					-					
Anti tiroideos (TPO)	TSH:	//		Basal:_			30			
Prolactina:	Anticuerpos									
Fecha	Anti tiroideos (TPO)	//	Titulo:							
Fecha	Prolactina:	//	Basal: _							
Glucemia://_ Cortisol :/_/	C-SECTOR ADRENOCOF	RTICOTROFICO								
D-SECTOR GONADOTROFICO: Desarrollo Puberal (grados de Tanner) Genitales:		Fecha	Unid.		Basal	20´	30´	60´	90´	
Cortisol :	Glucemia:	_//								
D-SECTOR GONADOTROFICO: Desarrollo Puberal (grados de Tanner) Genitales:	Cortisol :	_//_								
Desarrollo Puberal (grados de Tanner)		_//_								
Desarrollo Puberal (grados de Tanner)										
H:										
FSH://	Desarrollo Puberal (grad	dos de Tanner) Mamas:			/ello pu					ños
	Desarrollo Puberal (grad Genitales:	dos de Tanner) Mamas: Fecha			/ello pu					ños
	Desarrollo Puberal (grad Genitales:	dos de Tanner) Mamas: Fecha //			/ello pu _					ños
Resultado Resu	Desarrollo Puberal (grad Genitales:	dos de Tanner) Mamas: Fecha //			/ello pu _ _					ños
Resultado Resu	Desarrollo Puberal (grad Genitales:	dos de Tanner) Mamas: Fecha ////			/ello pu _ _ _			30′	60′	
	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH:	fecha — / _ / _ /			/ello pu 	Basa	20´	30′	60*	
Sup.Corp : % SB: % 9B 9 Section	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:	fecha//			/ello pu 	Basa Re	20´	30*	60′	
E- OTROS EXAMENES – LABORATORIO SANGRE Fecha Resultado Unid. Urea//	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: ESH: Estradiol:	dos de Tanner) Mamas: Fecha // // //	_		/ello pu 	Basa Re	20´esultado _	30^	60	
SANGRE Fecha Resultado Unid. Urea // Creatinina // Colesterol //_ Glucemia //_	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol::	fecha Fecha // // // //	-	Unid.	- - - -	Basa Re Re	20´esultado _ esultado _	30^	60*	
Fecha Resultado Unid. Urea // Creatinina // Colesterol // Glucemia //	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma:	fecha —// —// —// —// —// —// —//	-	Unid.	- - - -	Basa Re Re	20´esultado _ esultado _	30^	60*	
Urea //	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma:	fecha —// —// —// —// —// —// —//	-	Unid.	- - - -	Basa Re Re	20´esultado _ esultado _	30^	60*	
Creatinina //	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma: E- OTROS EXAMENES –	dos de Tanner) Mamas: Fecha // // // //	- -	Unid.	- - - -	Basa Re Re	esultado _ esultado _ esultado _ SE	30′	60*	
Colesterol //	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma: E- OTROS EXAMENES – SANGRE	dos de Tanner) Mamas: Fecha // // // //	- -	Unid. Sup.Co	 Corp :	Basa Re Re	esultado _ esultado _ esultado _ SE	30′	60*	
Glucemia//	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma: E- OTROS EXAMENES – SANGRE Urea	dos de Tanner) Mamas: Fecha // // // //_	Res	Unid.		Basa Re Re	esultado _ esultado _ esultado _ SE	30′	60*	
	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma: E- OTROS EXAMENES – SANGRE Urea Creatinina	dos de Tanner) Mamas: Fecha // // // //	Res	Unid.		Ree Re Re%	esultado _ esultado _ esultado _ SE	30′	60*	
Institution of the state of the	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma: E- OTROS EXAMENES – SANGRE Urea Creatinina Colesterol	Mamas: Fecha	Res	Unid.		Rec Re Re %	esultado _ esultado _ esultado _ SE	30′	60*	
Hemoglobina//	Desarrollo Puberal (grad Genitales: LH: FSH: Estradiol:: Urocitograma: E- OTROS EXAMENES – SANGRE Urea Creatinina Colesterol Glucemia	Mamas: Fecha //////////	Res	Unid.		Rec Re Re %	esultado _ esultado _ esultado _ SE	30′	60*	

Hb A1c	_//					
Hematocrito	_//					
ORINA	<i></i>					
Densidad Urinaria:	Proteinuria:		Glucosuria			
Ph:	Sedimento:					
F-RADIOLOGIA	FECHA		INFORME			
Cráneo	_//					
Silla Turca	//_					
Γ.A.C. (*)	_//					
R.N.M	_//					
Otros:	_//					
(*) una u otra						
G- OTROS EXÁMENES						
	//					
Cariotipo	//					
Otros:	//					
Antropometria y madura	CIÓN FISICA			_	T	
Fecha						
Edad cronológica						
Estatura (cm)						
Velocidad de crec. (cm/año)						
Peso (kg)						
Circunferencia craneana (cm)						
Edad ósea (años)						
	0					
Edad ósea (años) Desarrollo Genital (G	0					
Edad ósea (años) Desarrollo Genital (G M-VP)		1EDICOS, HOR	MONALES, CIRL	IGIA, RADIO	OTERAPI <i>!</i>	AETC)
Edad ósea (años) Desarrollo Genital (G M-VP) Tratamiento		MEDICOS, HOR	MONALES, CIRL			AETC) DOSIS
Edad ósea (años) Desarrollo Genital (G M-VP) Tratamiento FRATAMIENTOS INSTITUIDOS	DISTINTOS DE GH (N	MEDICOS, HOR				
Edad ósea (años) Desarrollo Genital (G M-VP) Tratamiento FRATAMIENTOS INSTITUIDOS	DISTINTOS DE GH (N	MEDICOS, HOR	EDAD CRO	NOLOGICA		DOSIS



SOLICITUD DE CONTINUIDAD O MODIFICACIÓN DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE Y SERÁN TOMADOS COMO DDJJ: Declaro bajo juramento que los

datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente.

Este Formulario de solicitud de alta será procesado sin excepción, cuando se cumplimenten todos los requisitos médicos y afiliatorios solicitados.

Se deberá adjuntar resumen de historia clínica, fotocopia de carnet, recibo de sueldo, fotocopia de informes de estudios referidos a la patología. Los datos son obligatorios y su ausencia impedirá el trámite correspondiente.

Lugar y fecha:					
Paciente:					
Histórica Clínica Nº					
Diagnóstico:					
GH utilizada (marca):.					
Dosis actual:	nG/semana	Nº inyecc.	/ sem		
Se requiere: -Mar	ntener la dosis actu	al			
•	ender tratamiento				
		mG/semana			
(indi	car los motivos pred	cisos)			
Antropometría					
7 introponietria	Fecha	Estatura (cm)	Peso (kg)	Vel. Crecimiento	TA mm/lg
Indials Treatments at a		,	(3)	cm/ año	
Inicio Tratamiento					
Control Anterior					
Control Actual					
_aboratorio:	Fool	22: / /	•		
-aboratorio: Glucemia: m			ulina UI/mL		
nuceillaii	IG/UL IGF1	IIG/IIIL IIIS	JIII Id UI/IIIL		
dad Osea (una por año	o): Fecha:_	// GyP/	tanner		
Estadio puberal: G/M:	VP: Ta	m.Test: D/	Menarca (fecha)		
Cumplimiento con el tra	atamiento				
Tratamientos concomit	antes (nombre y do	osis):			
OBSERVACIONES:					
				Firma del Médico	
				Sello con Nº de	matrícula



SOLICITUD DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO

LOS DATOS PERTENECIENTES A ESTA HOJA DEBEN COMPLETARSE TOTALMENTE Y SERÁN TOMADOS COMO DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente.

Este Formulario de solicitud de alta será procesado sin excepción, cuando se cumplimenten todos los requisitos médicos y afiliatorios solicitados. Se deberá adjuntar resumen de historia clínica, fotocopia de carnet, recibo de sueldo, fotocopia de informes de estudios referidos a la patología. Los datos son obligatorios y su ausencia impedirá el trámite correspondiente.

Paciente:			N° Afiliado		
Diagnóstico:					
Dosis actual:	nG/sem	nanaNº i	inyecc./ sem		
MOTIVO DE SUSPEN	□ F	inalización: Abandono: Decisión propia:	☐ No cumplim☐ Decisión me		
Motivo:					
Otros:					
Antropometria					
	Fecha	Estatura (cm)	Peso (kg)	Vel. Crecimiento cm/ año	TA mm/lg
Inicio tratamiento				CITI/ dillo	
iriicio tratamiento					
Control Anterior					
Control Actual					
Laboratorio:		Fecha:/	./		
Glucemia:	mG/dL	IGF1nG/ml	Insulina	UI/mL	
Edad Occa (una nan	- ~ - \	Facher / /	CD /4		
•	·	. Fecha://	•	(Constant)	
Estadio puberal: G/N	/I: VP:	Tam.Test: D	•	(fecha)/	
•	/I: VP:	Tam.Test: D	•	(fecha)/	
Estadio puberal: G/N Cumplimiento con e	Л: VP: el Tratamient	Tam.Test: D o:	/Menarca (
Estadio puberal: G/N Cumplimiento con e	Л: VP: el Tratamient	Tam.Test: D o:	/Menarca (
Estadio puberal: G/N Cumplimiento con e	Л: VP: el Tratamient	Tam.Test: D o:	/Menarca (
Estadio puberal: G/N Cumplimiento con e	Л: VP: el Tratamient	Tam.Test: D o:	/Menarca (
Estadio puberal: G/N Cumplimiento con e	Л: VP: el Tratamient	Tam.Test: D o:	/Menarca (
Estadio puberal: G/N Cumplimiento con e	Л: VP: el Tratamient	Tam.Test: D o:	/Menarca (
Estadio puberal: G/N Cumplimiento con e	Л: VP: el Tratamient	Tam.Test: D o:	/Menarca (icitante