

**SALUD UNIVERSAL PARA LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA:  
ANÁLISIS DE LOGROS, RETOS Y OPORTUNIDADES PARA ACELERAR EL PROGRESO**  
Washington, DC  
11 de Noviembre de 2015

**Generando información estratégica para la  
planificación, el monitoreo y la  
evaluación:  
Sistema de información para la Salud  
Adolescente (SIA)**

Dr. Pablo Duran  
Asesor, Salud Perinatal  
Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva  
(CLAP/SMR) OPS/OMS



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**Centro Latinoamericano de Perinatología  
Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR**

# Adolescencia, sinónimo de ...

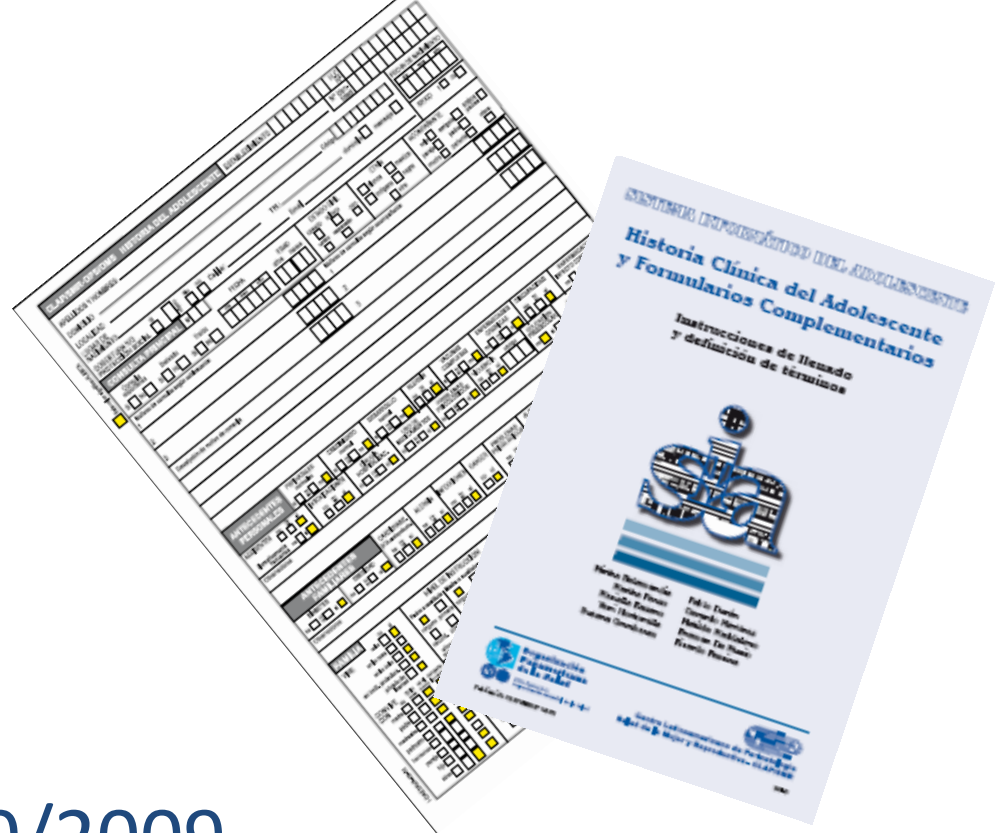
- Cambios significativos
- Resignificación de roles y redes
- Apertura a nuevas situaciones-experiencias-exposiciones:
  - Mortalidad precoz por causas prevenibles.
  - Salud Sexual y Reproductiva: Embarazos tempranos, VIH/ITS
  - Salud mental
  - Consumo de sustancias
  - Violencia, lesiones

# Desafíos en la atención de Adolescentes

- Favorecer el acceso a los servicios
- Fortalecer las capacidades específicas para su atención y el trabajo interdisciplinarios
- Identificar factores subyacentes determinantes sociales, económicos culturales, pobreza, derechos, etc., e intervenir específicamente
- Combatir la inequidad de género
- Fortalecer la educación en sexualidad
- Prevenir el aborto inseguro
- Prevenir consumo alcohol y drogas
- Prevenir la violencia sexual y otros tipos de violencia

# Elementos centrales

- Abordar “las diferentes adolescencias” y sus necesidades
- Privilegiar la promoción de la salud y estilos de vida saludable
- Privilegiar la prevención de probables riesgos
- Centrarse en la familia y el soporte social
- Participación activa de los adolescentes
- Control de salud del adolescente como momento de “ENCUENTRO”



- Consenso regional 10/2009
- Historia Clínica:
- Sistema Informático del Adolescente  
CLAP/SMR-OPS/OMS

# Objetivos del SIA:

- Mejorar la calidad de la atención
- Sustener un abordaje integral
- Promover prácticas para una atención de calidad
- Favorecer acorde a necesidades locales:
  - el conocimiento epidemiológico
  - la evaluación
  - el desarrollo de programas
- Identificar signos que pueden llevar a “riesgos”

# Constitución SIA

- Historia Clínica del Adolescente (HCA)
- Programa de Computación
- Manual:
  - Llenado de la HCA
  - Sistema operativo
  - “Anexos”
    - Codificación de “Motivos de Consulta”
    - Codificación de “Diagnósticos”
    - Codificación de “indicaciones e interconsultas”
    - Curvas de crecimiento
    - Estadificación de Tanner
    - Tablas de PA
- Embarazo: Historia Clínica Perinatal (HCP) del SIP

# Características generales

- 2 tipos de respuestas :cerradas y abiertas = “observaciones”
- Los cuadrados se llenan con “cruces”
- Los rectángulos con números
- Consta de un sistema de advertencia: casilleros “amarillos” = “observaciones”
- Obliga a evaluar estrategias específicas de abordaje, tratamiento o referencia acorde a necesidades



# Características fundamentales

- Se sugiere iniciar HCA en consulta externa o internación
- Requiere 30 – 45 minutos
- Facilita la participación adolescente
- Acorde a la percepción adolescente
- Instrumento confidencial
- No es un cuestionario autoadministrado
- Debe evaluarse la oportunidad para requerir información

# Uso del formulario de “consulta principal”

- Una vez por año
- Puede iniciarse uno nuevo ante la identificación de cambios

# Consulta principal

- Identificación
- Motivo de Consulta
- Ant. Personales
- Ant. Familiares
- FAMILIA
- Vivienda
- Educación
- Trabajo
- Vida Social
- Hábitos y consumo
- A. Gineco-urológicos
- Sexualidad
- Sit.psicooemocional
- Examen Físico
- Impresión Diag. Int.
- Indicaciones e interc.

Este color significa ALERTA

<b>CLAP/SMR-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE</b>				ESTABLECIMIENTO				H.C N°																									
APELLIDOS Y NOMBRES _____										N° identidad																							
DOMICILIO _____										FECHA DE NACIMIENTO																							
LOCALIDAD _____ Código										<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		dia	mes	año																			
dia	mes	año																															
LUGAR DE NACIMIENTO _____ TEL: _____ domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>										SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>																							
COBERTURA Y/O PROTECCIÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> Celular: _____ Email _____																																	
<b>CONSULTA PRINCIPAL</b>			N°		FECHA			EDAD			ESTADO CIVIL			ETNIA			ACOMPAÑANTE																
Consulta espontánea			Derivado			Traído			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			dia	mes	año				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>años</td> <td>meses</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			años	meses			casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> unido <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> blanca <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> indígena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra			solo <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> ambos padres <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/>		
dia	mes	año																															
años	meses																																
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																											
Motivos de consulta según adolescente:						Motivos de consulta según acompañante:																											
1						1																											
2						2																											
3						3																											
Descripción de motivo de consulta																																	

ANTECEDENTES PERSONALES			PERINATALES normales	CRECIMIENTO normal	DESARROLLO normal	ALERGIA	VACUNAS COMPLETAS	ENFERMEDADES CRONICAS	DISCAPACIDAD	ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS					
si	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>					
no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>				
ACCIDENTES	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	INTOXICACIONES	CIRUGIA HOSPITALIZAC.	USO DE MEDICAMENTOS	PROBLEMAS PSICOLOGICOS	VIOLENCIA	código <input type="text"/>	EDUCACION PREESCOLAR	JUDICIALES	OTROS			
Llamativamente frecuentes	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>		
Observaciones															
ANTECEDENTES FAMILIARES			CARDIOVASC. (HTA,cardiopatía,etc.)	ALERGIA	INFECCIONES	CANCER	PROBLEMAS PSICOLOGICOS	ALCOHOL DROGAS Y OTROS	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE	JUDICIALES	OTROS			
DIABETES	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
OBESIDAD	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
Observaciones															

FAMILIA				NIVEL DE INSTRUCCION						DIAGRAMA FAMILIAR		VIVIENDA	
<b>VIVE</b> solo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>				<b>Padre o sustituto</b> <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. <input type="checkbox"/> univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>		<b>Madre o sustituto</b> <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. <input type="checkbox"/> univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>		<b>Pareja</b> <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. <input type="checkbox"/> univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>				<b>ENERGIA ELECTRICA</b> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
<b>CONVIVE CON</b> En la casa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> en el cuarto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> comparte la cama <input type="checkbox"/>				<b>TRABAJO</b> Padre o sustituto <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>		<b>Madre o sustituto</b> <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>		<b>Pareja</b> <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>				<b>AGUA</b> en el hogar: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> fuera del hogar: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
<b>hermanos</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>Apoyo social o subsidio</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> tipo <input type="checkbox"/>		<b>PERCEPCION DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA</b> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>		<b>HACINAMIENTO</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<b>Observaciones</b>			
<b>padre</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<b>Observaciones</b>									
<b>madrastro</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
<b>padrastro</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
<b>pareja</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
<b>hijo</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
<b>otros</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													

<b>EDUCACION</b>		<b>NIVEL</b> No escolariz. <input type="checkbox"/>	<b>GRADO CURSO</b> <input type="text"/>	<b>AÑOS APROBADOS</b> <input type="text"/>	<b>PROBLEMAS EN LA ESCUELA</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	<b>AÑOS REPETIDOS</b> <input type="checkbox"/> Causa _____	<b>VIOLENCIA ESCOLAR</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> código <input type="text"/>	<b>DESERCIÓN/ EXCLUSIÓN</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____	<b>EDUCACIÓN NO FORMAL</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____
ESTUDIA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centro al que concurre		Observaciones							
<b>TRABAJO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>EDAD INICIO TRABAJO</b>	<b>TRABAJO</b>	<b>TRAB. JUVENIL</b>	<b>HORARIO DE TRABAJO</b>	<b>RAZÓN DE TRABAJO</b>	<b>TRABAJO LEGALIZADO</b>	<b>TRABAJO INSALUBRE</b>	<b>TIPO DE TRABAJO</b>
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> no y no busca	<input type="checkbox"/> pasantía <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia	<input type="text"/> años	<input type="text"/> horas por semana si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	decente <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/> peores formas de trabajo <input type="checkbox"/>	mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	_____
Observaciones									
<b>VIDA SOCIAL</b>		<b>PAREJA</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad de la pareja años <input type="text"/> meses <input type="text"/>	violencia en la pareja si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>Amigos/as</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b> <input type="text"/> horas por semana	<b>COMPUTADORA</b> <input type="text"/> horas por día	<b>JUEGOS Y REDES VIRTUALES</b> <input type="text"/>	<b>OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales)</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____	
ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	
Observaciones									

Este color significa ALERTA



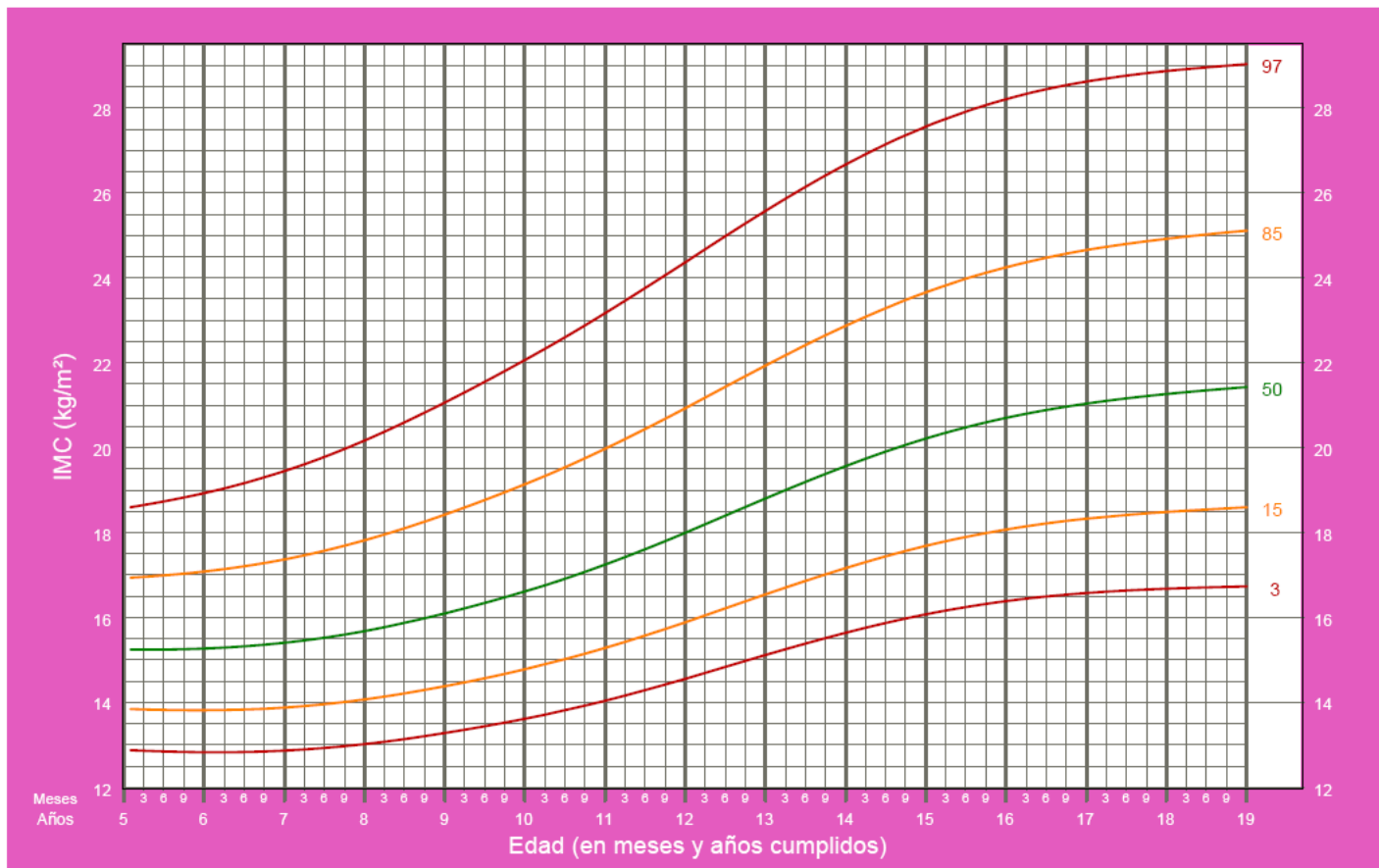
<b>HABITOS/ CONSUMOS</b>		<b>ALIMENTACION ADECUADA</b>		<b>COMIDAS POR DIA CON FAMILIA</b>		<b>TABACO</b>		<b>ALCOHOL</b>		<b>OTRAS/ SUSTANCIAS/S</b>		<b>CONDUCE VEHICULO</b>			
SUEÑO NORMAL		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>		COMIDAS POR DIA		si <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Frecuente		cuál? cuáles?		Cuál? .....			
horas		si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>				Edad de inicio		Edad de inicio		Edad de inicio		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/>						años		años		años		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
[ ] [ ]						[ ] [ ]		[ ] [ ]		[ ] [ ]		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
[ ] [ ]						[ ] [ ]		[ ] [ ]		[ ] [ ]		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Observaciones															
<b>GINECO-UROLOGICO</b>		<b>FECHA ULTIMA MENSTRUACION</b>			<b>CICLOS REGULARES</b>		<b>FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA</b>		<b>ITS/VIH</b>		<b>Tratamiento</b>		<b>EMBARAZOS</b>		
MENARCA/ESPERMARCA		no conoce <input checked="" type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> s/d <input type="checkbox"/>		[ ] [ ]		
años		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
meses		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
[ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]			[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
Observaciones															
<b>SEXUALIDAD</b>		<b>PAREJA SEXUAL</b>		<b>EDAD INICIO REL. SEX.</b>		<b>DIFICULTADES EN REL. SEX.</b>		<b>ANTICONCEPCION</b>		<b>Inició MAC</b>		<b>Consejería</b>		<b>ACO de Emergencia</b>	
RELACIONES SEXUALES		pareja única <input type="checkbox"/>		años		no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		uso habitual de condón		pref. acced.		pref. acced.		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
no hetero homo ambas		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ACO "pildora" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		otro hormonal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		DIU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
Observaciones															



<b>SITUACION PSICO-EMOCIONAL</b>	<input type="checkbox"/> conforme	<b>ESTADO DE ANIMO</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retraido	<b>REFERENTE ADULTO</b>	<input type="checkbox"/> madre	<input type="checkbox"/> otro fam.	<b>VIDA CON PROYECTO</b>	<input type="checkbox"/> claro	<input type="checkbox"/> confuso	<b>REDES SOCIALES DE APOYO</b>	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	<b>REFERENTE ADULTO</b>	Cel.: .....	
	<input type="checkbox"/> crea preocupaci3n		<input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> y/o muy alegre	<input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> hostil/agresivo		<input type="checkbox"/> padre	<input type="checkbox"/> ninguno		<input type="checkbox"/> fuera del hogar	<input type="checkbox"/> ausente		<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si		Tel.: .....	
Observaciones																
<b>EXAMEN FISICO</b>	<b>PESO (Kg)</b>		Centil peso/edad	<b>IMC</b>		<b>PIEL, FANERAS Y MUCOSA</b>	<b>CABEZA</b>		<b>AGUDEZA VISUAL</b>		<b>AGUDEZA AUDITIVA</b>		<b>SALUD BUCAL</b>		<b>CUELLO Y TIROIDES</b>	
	ASPECTO GENERAL		<b>TALLA (cm)</b>	Centil talla/edad	Centil IMC		normal	anormal	normal	anormal	normal	anormal	normal	anormal	normal	anormal
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	
<b>TORAX Y MAMAS</b>	<b>CARDIO-PULMONAR</b>		<b>PRESION ARTERIAL</b>		<b>ABDOMEN</b>	<b>GENITO-URUNARIO</b>	<b>TANNER</b>			<b>COLUMNA</b>	<b>EXTREMIDADES</b>		<b>NEUROLOGICO</b>			
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal			<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	mamas	vello pub.		genitales	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Observaciones																

# IMC para la edad Niñas

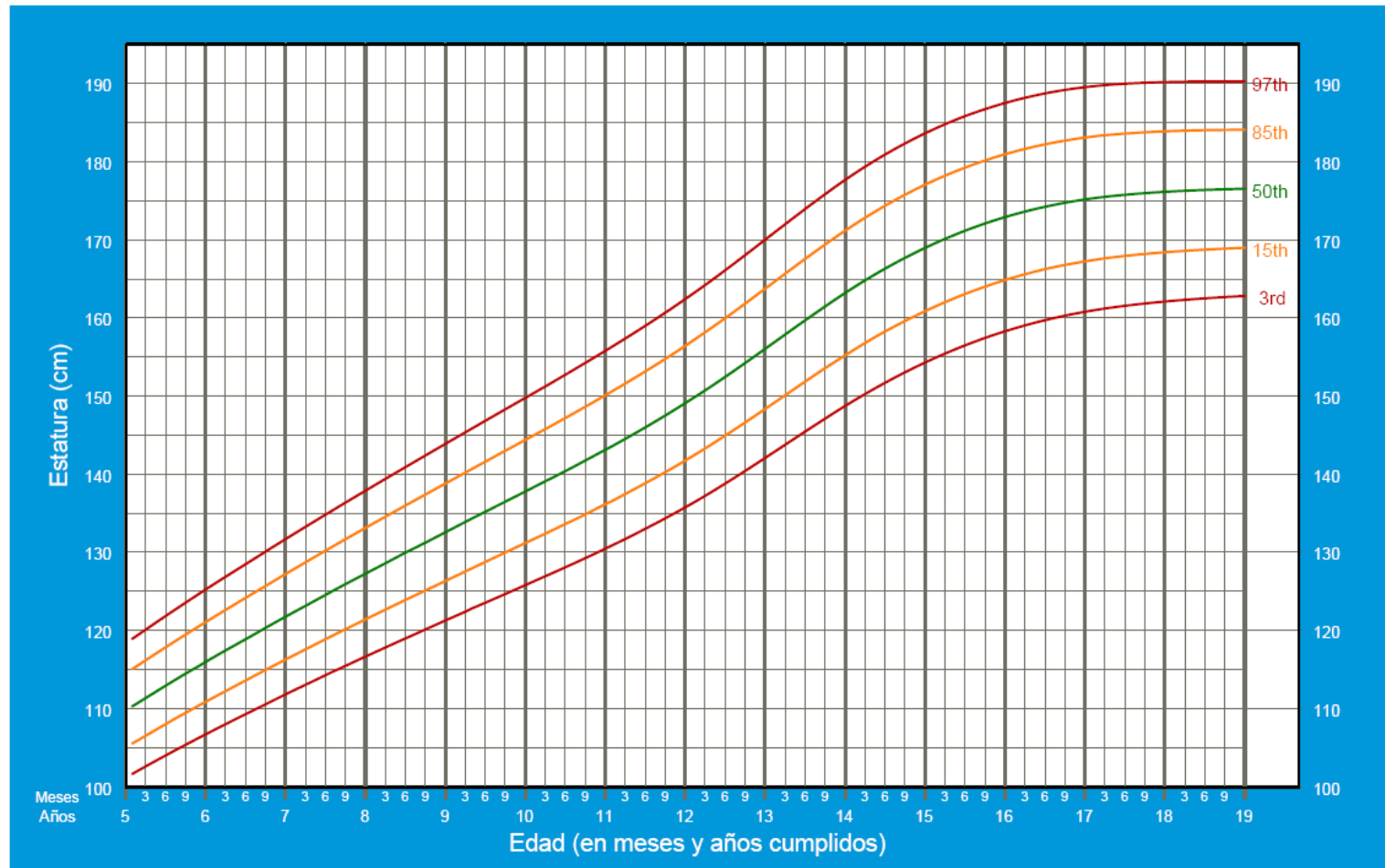
Percentiles (5 a 19 años)



Referencia de la OMS 2007

# Estatura para la edad Niños

Percentiles (5 a 19 años)



Referencia de la OMS 2007



**Muchas Gracias!**

