**GUÍA RÁPIDA PARA LA DETECCIÓN DE SÍNDROME DE TURNER**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Primer apellido: | Segundo apellido: | | |
| Fecha de nacimiento: | Lugar de nacimiento: | Lugar donde radica: | | |
| Edad: | Tel. y nombre del tutor: | | | |
| Celular: | Email: | | | |
| Dirección: | Estado: | Municipio: | | |
| Diagnóstico clínico: | Escolaridad: | Otros: | | |
| **Signo** | | | **SÍ** | **NO** |
| Talla baja. ¿Alguna vez ha recibido terapia con hormona de crecimiento? | | |  |  |
| Linfedema de manos y/o pies al nacimiento o cualquier edad. | | |  |  |
| Cabitus valgus (desviación externa de los antebrazos en posición anatómica) | | |  |  |
| Implantación baja del cabello | | |  |  |
| Cuello ancho y corto | | |  |  |
| Tórax en escudo | | |  |  |
| Teletelia (pezones separados) | | |  |  |
| Epicanto | | |  |  |
| Ptosis (párpados caídos) | | |  |  |
| Paladar arqueado | | |  |  |
| Micrognatia | | |  |  |
| Hipoacusia, otitis media de repetición | | |  |  |
| Múltiples nevus en todo el cuerpo | | |  |  |
| Canas prematuras | | |  |  |
| Cardiopatía, especificar | | |  |  |
| Alteración renal, especificar | | |  |  |
| Vitíligo | | |  |  |
| Alteración visoespacial | | |  |  |
| Dificultad para matemáticas | | |  |  |
| Sin brote puberal espontáneo | | |  |  |
| Amenorrea primaria/secundaria | | |  |  |
| Ultrasonido renal y pélvico: (tamaño de útero y ovarios) | | |  |  |
| Enfermedad tiroidea (hipo o hipertiroidismo) | | |  |  |
| Infertilidad | | |  |  |

* De acuerdo con la valoración clínica, de laboratorio y gabinete, marcar los signos positivos. En caso de presentar **2 datos positivos** de cualquiera de los signos enlistados, referir a segundo nivel.
* Registrar a la persona en la hoja de detecciones de acuerdo con el instructivo.

Referencia: SECRETARÍA DE SALUD.