

## Formulario para Estudio Cromosómico por aCGH

FECHA:

El siguiente formulario debe ser completado por el médico tratante, con información clínica del paciente. Este formulario debe ser enviado junto con las muestras de sangre a analizar o bien ser enviado al FAX 02 – 2354 8603 ó al mail [labiomol@med.puc.cl](mailto:labiomol@med.puc.cl)

Nombre del paciente		RUT	
Médico Solicitante			
Fono (médico)		e-mail (médico)	

### INFORMACIÓN CLÍNICA

#### Cariotipo

- Resultado  
 Procedencia  
 **Otros estudios genéticos**

- Consanguineidad**

- Anomalías Congénitas Múltiples**

#### Crecimiento

- Retraso pondoestatural  
 Sobre cimiento  
 Talla baja  
 Otro:

#### Neurodesarrollo

- Retraso del desarrollo  
 Leve  Moderado  Severo  
 Discapacidad intelectual  
 Problemas de aprendizaje  
 Otro:

#### Comportamiento

- Déficit atencional  
 Espectro autista / TGD  
 Otro:

#### Neurológico

- Hipotonía  
 Hipertonía  
 Convulsiones  
 Espasticidad  
 Anomalías estructurales del cerebro  
 Otro:

#### Craneofacial

- Macrocefalia  
 Microcefalia  
 Dismorfias  
 Malformación del globo ocular  
 Malformación del pabellón auricular  
 Fisura labiopalatina  
 Otro:

#### Audición / Visión

- Anomalías visuales  
 Pérdida de audición  
 Otro:

#### Cardíaco

- Comunicación interauricular  
 Canal AV completo / incompleto  
 Tetralogía de Fallot  
 Comunicación interventricular  
 Otro:

#### Gastrointestinal

- Atresia anal  
 Gastrosquisis  
 Otro:

#### Trastornos musculoesqueléticos

- Polidactilia  
 Sindactilia  
 Anomalía vertebral  
 Otro:

#### Genitourinario

- Anomalías renales  
 Trastorno diferenciación sexual  
 Criptorquidia  
 Otro:

#### Cutáneo

- Hiperpigmentación  
 Hipopigmentación  
 Otro:

#### Otras anomalías

- Hernia diafragmática  
 Otro: