



# BITÁCORA DE SEGUIMIENTO MÉDICO NIÑOS



5a edición  
Incluye  
Gráficas actualizadas  
para niños mexicanos  
**Versión para  
NIÑOS**



Se puede reproducir parcialmente esta obra con fines de divulgación y docencia sin fines de lucro, citando la fuente y las autoras de la misma.

Prohibida su reproducción total sin previa autorización de las autoras.  
Registro de Propiedad Intelectual: 03-2015-032311481300-0

Dra. Lidia Gómez Puente  
ISBN: en trámite  
Diseño y Maquetación: Guillermina Vélez Puente  
Quinta edición, 2020



# BITÁCORA DE SEGUIMIENTO MÉDICO



# BITÁCORA DE SEGUIMIENTO MÉDICO

---

## INSTRUCCIONES

Esta **bitácora** es el complemento de tu Guía de Salud.

Esta esta diseñada para que en conjunto con tu médico puedan tener un buen control y supervisión del seguimiento médico.

Te sugerimos puedas tener una versión impresa y llevarla siempre a las consultas médicas.



Tabla de valoraciones médicas recomendadas por grupo de edad

0 a 6 meses                      6 a 12 meses

1 a 6 años                      6 a 12 años

Adolescentes y adultos



Cartilla de Vacunación



Registro de citas

- Control de 0 a 12 meses
- Control de citas de 1 a 6 años
- Control de citas de 7 a 20 años



Tabla de Neurodesarrollo



Registro de diagnósticos relevantes, manejo y tratamiento



Registro para resultado de laboratorios



Registro de visitas con los especialistas



Gráficas de crecimiento para niños y niñas mexicanas

Perímetro cefálico

Peso para edad

Talla para edad

Peso para talla

Índice de masa corporal

# DATOS PERSONALES

ESTA BITÁCROA PERTENECE A:

**Nombre completo**

**Fecha y lugar de nacimiento**

**Servicios de Salud**

**Nombre de padre, madre o tutor**

**Dirección de contacto**

**Teléfono de contacto**

**Correo electrónico**

**Medicación actual**

**Alergias y diagnósticos importantes**



# TABLA DE VALORACIONES RECOMENDADAS

**TABLA 1 DE 0 A 6 MESES**

| ✓ | VALORACIÓN / ESTUDIO                                       | COMENTARIOS |
|---|------------------------------------------------------------|-------------|
|   | <b>PEDIÁTRICA</b><br>mensual                               |             |
|   | <b>CARDIOLÓGICA</b><br>Ecocardiograma diagnóstico          |             |
|   | <b>TAMIZ METABÓLICO</b><br>TSH AL NACIMIENTO               |             |
|   | <b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>                                  |             |
|   | <b>TAMIZ AUDITIVO</b>                                      |             |
|   | <b>TAMIZ OFTALMOLÓGICO</b><br>descartar catarata congénita |             |
|   | <b>ESTIMULACIÓN TEMPRANA</b><br>TERAPIA FÍSICA             |             |
|   | <b>VACUNACIÓN</b><br>Iniciar esquema a la brevedad         |             |

**TABLA 2 DE 6 A 12 MESES**

| ✓ | VALORACIÓN / ESTUDIO                                                              | COMENTARIOS |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|   | <b>PEDIÁTRICA</b><br>mensual                                                      |             |
|   | <b>CARDIOLÓGICA</b><br>Ecocardiograma de control según hallazgos previos          |             |
|   | <b>PRUEBAS DE FUNCIÓN TIROIDEA</b>                                                |             |
|   | <b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>                                                         |             |
|   | <b>AUDIOLÓGICA</b><br>PEA, Emisiones otoacústicas y timpanometría                 |             |
|   | <b>OFTALMOLÓGICA</b><br>Referir en caso de dacriostenosis, nistagmus o estrabismo |             |
|   | <b>TERAPIA FÍSICA Y OROFACIAL</b>                                                 |             |
|   | <b>DENTAL</b><br>al iniciar dentición                                             |             |
|   | <b>ORTOPÉDICA</b><br>Descartar displasia de cadera                                |             |

# TABLA DE VALORACIONES RECOMENDADAS

**TABLA 3** A PARTIR DE LOS 12 MESES A 6 AÑOS

| ✓ | VALORACIÓN / ESTUDIO                                                                         | COMENTARIOS |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|   | <b>PEDIÁTRICA</b><br>al menos cada 6 meses                                                   |             |
|   | <b>CARDIOLÓGICA</b><br>a los 2 años para evaluar HAP                                         |             |
|   | <b>PRUEBAS DE FUNCIÓN TIROIDEA</b><br>Una vez al año                                         |             |
|   | <b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b><br>Una vez al año                                                  |             |
|   | <b>AUDIOLÓGICA</b><br>Potenciales evocados auditivos, emisiones otoacústicas y timpanometría |             |
|   | <b>OFTALMOLÓGICA</b><br>Una vez al año, detección de alteraciones de la agudeza visual       |             |
|   | <b>ESTIMULACIÓN CONTINUA</b><br>Terapia orofacial y lenguaje                                 |             |
|   | <b>GASTRO - NUTRICIÓN</b><br>Detección oportuna de estados de malnutrición                   |             |
|   | <b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y SUEÑO</b><br>Descartar SAOS en caso de sospecha                  |             |
|   | <b>DENTAL</b><br>Rehabilitación y limpieza cada 6 meses                                      |             |
|   | <b>ORTOPÉDICA</b><br>Detección oportuna de alteraciones posturales                           |             |
|   | <b>CONDUCTUAL</b><br>Descartar trastornos conductuales asociados                             |             |
|   | <b>INCLUSIÓN EDUCATIVA</b><br>Acompañamiento en programas educativos lectura y escritura     |             |



# TABLA DE VALORACIONES RECOMENDADAS

**TABLA 4 A PARTIR 6 AÑOS A LOS 12 AÑOS**

| ✓ | VALORACIÓN / ESTUDIO                                                                         | COMENTARIOS |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|   | <b>PEDIÁTRICA</b><br>al menos cada 12 meses                                                  |             |
|   | <b>CARDIOLÓGICA</b><br>descartar alteraciones funcionales e HAP                              |             |
|   | <b>PRUEBAS DE FUNCIÓN TIROIDEA</b><br>Una vez al año                                         |             |
|   | <b>BIOMETRÍA HEMÁTICA + QUÍMICA SANGÍNEA + PERFIL DE LÍPIDOS</b><br>Una vez al año           |             |
|   | <b>AUDIOLÓGICA</b><br>Potenciales evocados auditivos, emisiones otoacústicas y timpanometría |             |
|   | <b>OFTALMOLÓGICA</b><br>Una vez al año, detección de alteraciones de la agudeza visual       |             |
|   | <b>ESTIMULACIÓN CONTINUA</b><br>Terapia orofacial y lenguaje                                 |             |
|   | <b>GASTRO - NUTRICIÓN</b><br>Detección oportuna de estados de malnutrición                   |             |
|   | <b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y SUEÑO</b><br>Descartar SAOS en caso de sospecha                  |             |
|   | <b>DENTAL</b><br>Rehabilitación y limpieza cada 6 meses                                      |             |
|   | <b>ORTOPÉDICA</b><br>Detección oportuna de alteraciones posturales                           |             |
|   | <b>CONDUCTUAL</b><br>Descartar trastornos conductuales asociados                             |             |
|   | <b>INCLUSIÓN EDUCATIVA</b><br>Acompañamiento en programas educativos lectura y escritura     |             |

**\*SAOS:** síndrome de apnea obstructiva del sueño



# TABLA DE VALORACIONES RECOMENDADAS

**TABLA 5** ADOLESCENTES Y ADULTOS

| ✓ | VALORACIÓN / ESTUDIO                                                                                                        |  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|   | <b>MÉDICA</b><br>al menos una vez al año                                                                                    |  |
|   | <b>CARDIOLÓGICA</b><br>descartar alteraciones funcionales e HAP                                                             |  |
|   | <b>PRUEBAS DE FUNCIÓN TIROIDEA</b><br>Una vez al año                                                                        |  |
|   | <b>BIOMETRÍA HEMÁTICA + QUÍMICA SANGUÍNEA + PERFIL LÍPIDOS</b><br>Una vez al año                                            |  |
|   | <b>AUDIOLÓGICA</b><br>Potenciales evocados auditivos, emisiones otoacústicas y timpanometría                                |  |
|   | <b>OFTALMOLÓGICA</b><br>Una vez al año, detección de alteraciones de la agudeza visual, queratocono y catarata              |  |
|   | <b>ESTIMULACIÓN CONTINUA</b><br>Lenguaje y lecto-escritura                                                                  |  |
|   | <b>GASTRO - NUTRICIÓN</b><br>Detección oportuna de estados de malnutrición                                                  |  |
|   | <b>OIDOS, NARIZ, GARGANTA Y SUEÑO</b><br>Descartar SAOS* en caso de sospecha                                                |  |
|   | <b>DENTAL</b><br>Rehabilitación y limpieza cada 6 meses                                                                     |  |
|   | <b>ORTOPÉDICA</b><br>Detección oportuna de alteraciones posturales                                                          |  |
|   | <b>GINECOLOGÍA</b><br>Papanicolaou a partir de los 21 años, mastografía a partir de los 40 y densitometría ósea cada 3 años |  |
|   | <b>INCLUSIÓN LABORAL</b><br>Acompañamiento en programa laboral o de vida independiente                                      |  |
|   | <b>CONDUCTUAL</b><br>Evaluar regresiones, considerar depresión, demencia y/o trastornos mentales                            |  |

\*SAOS: síndrome de apnea obstructiva del sueño

# CARTILLA DE VACUNACIÓN

| VACUNA                                            | EDAD EN MESES |   |   |                          |                                   |       | EDAD EN AÑOS                 |   |     |                    |    | Adulto |
|---------------------------------------------------|---------------|---|---|--------------------------|-----------------------------------|-------|------------------------------|---|-----|--------------------|----|--------|
|                                                   | 0             | 2 | 4 | 6                        | 12-15                             | 15-18 | 2                            | 3 | 4-6 | 11                 | 14 |        |
| BCG<br>Tuberculosis                               |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| HEPATITIS B                                       |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| DTPa<br>Difteria, tétanos, tos ferina             |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| H. influenzae b                                   |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| IPV<br>Poliomielitis inactivada                   |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| ROTAVIRUS                                         |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| NEUMOCOCO 13<br>Conjugada                         |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| NEUMOCOCO 23<br>Polisacárida                      |               |   |   |                          |                                   |       | Ver nota 1                   |   |     |                    |    |        |
| INFLUENZA VIRUS<br>Estacional                     |               |   |   | Ver nota 2               |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| HEPATITIS A                                       |               |   |   |                          | 1a a partir de los 12 mes         |       | 2a 12 meses después de la 1a |   |     |                    |    |        |
| TRIPLE VIRAL (SRP)<br>Sarampión, rubeola, paperas |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| VARICELA                                          |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| VPH<br>Virus del papiloma humano                  |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     | Se aplican 3 dosis |    |        |
| Tdpa<br>Tétanos, difteria y tosferina             |               |   |   |                          |                                   |       |                              |   |     |                    |    |        |
| MENINGOCOCO C                                     |               |   |   | 1a dosis de 9 a 15 meses | 2a dosis 3 meses después de la 1a |       |                              |   |     |                    |    |        |

[www.amv.org.mx](http://www.amv.org.mx)



**Vacunas que se aplican en el esquema nacional.**



**Vacunas adicionales recomendadas**

**Nota 1:** Se aplica una dosis única a partir de los 2 años  
Si existe inmunodeficiencia confirmada se aplica un refuerzo a los 5 años de la primera

**Nota 2:** 1a dosis a partir de los 6 meses  
2a dosis 4 a 6 semanas después de la primera dosis  
Refuerzo anual

# TABLA DE NEURODESARROLLO

|                                            | HABILIDADES                                      | NIÑOS CON S. DOWN |           | OTROS NIÑOS |             |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|-----------|-------------|-------------|
|                                            |                                                  | MEDIA             | INTERVALO | MEDIA       | INTERVALO   |
| MOTOR GRUESO<br>[MOVILIDAD]                | CONTROL CEFÁLICO BOCA ABAJO                      | 2'7 M             | 1 - 9 M   | 2 M         | 1'5 M - 3 M |
|                                            | CONTROL LA POSICIÓN DE LA CABEZA ESTANDO SENTADO | 5 M               | 3 - 9 M   | 3 M         | 1 - 4 M     |
|                                            | RODAR                                            | 8 M               | 4 - 13 M  | 6 M         | 4 - 9 M     |
|                                            | SE SIENTA SOLO                                   | 9 M               | 6 - 16 M  | 7 M         | 5 - 9 M     |
|                                            | GATEAR                                           | 11 M              | 9 - 36 M  | 7 M         | 6 - 9 M     |
|                                            | DE PIE SOLO                                      | 16 M              | 12 - 38 M | 11 M        | 9 - 16 M    |
|                                            | CAMINA SOLO                                      | 23 M              | 12 - 48 M | 12 M        | 9 - 17 M    |
|                                            | SUBIR Y BAJAR ESCALERAS SIN AYUDA                | 81 M              | 60 - 96 M | 48 M        | 36 - 60 M   |
| MOTOR FINO<br>[COORDINACIÓN<br>OJO / MANO] | SIGUE UN OBJETO CON LOS OJOS                     | 3 M               | 1'5 - 8 M | 1'5 M       | 1 - 3 M     |
|                                            | ALCANZA OBJETOS Y LOS COGE CON LA MANO           | 6 M               | 4 - 11 M  | 4 M         | 2 - 6 M     |
|                                            | TRANSFIERE OBJETOS DE UNA MANO A LA OTRA         | 8 M               | 6 - 12 M  | 5'5 M       | 4 - 8 M     |
|                                            | CONSTRUYE UNA TORRE DE DOS CUBOS                 | 20 M              | 14 - 32 M | 14 M        | 10 - 19 M   |
|                                            | COPIA UN CÍRCULO                                 | 48 M              | 36 - 60 M | 30 M        | 24 - 40 M   |
| COMUNICACIÓN<br>[AUDICIÓN<br>Y LENGUAJE]   | BALBUCEA: PA PA MA MA                            | 11 M              | 7 - 18 M  | 8 M         | 5 - 14 M    |
|                                            | RESPONDE A PALABRAS FAMILIARES                   | 13 M              | 10 - 18 M | 8 M         | 5 - 14 M    |
|                                            | DICE LAS PRIMERAS PALABRAS CON SIGNIFICADO       | 18 M              | 13 - 36 M | 14 M        | 10 - 23 M   |
|                                            | MANIFIESTA SUS NECESIDADES CON GESTOS            | 22 M              | 14 - 30 M | 14'5 M      | 11 - 19 M   |
|                                            | HACE FRASES DE DOS PALABRAS                      | 30 M              | 18 - 60 M | 24 M        | 15 - 32 M   |
| DESARROLLO<br>SOCIAL                       | SONRÍE CUANDO SE LE HABLA                        | 2 M               | 1'5 - 4 M | 1 M         | 1 - 2 M     |
|                                            | SE COME UNA GALLETA CON LA MANO                  | 10 M              | 6 - 14 M  | 5 M         | 4 - 10 M    |
|                                            | BEBE DE UNA TAZA                                 | 20 M              | 12 - 23 M | 12 M        | 9 - 17 M    |
|                                            | NO SE HACE PIPÍ DURANTE EL DÍA                   | 36 M              | 18 - 50 M | 24 M        | 14 - 36 M   |
|                                            | CONTROLA ESFÍNTERES - DEJA EL PAÑAL              | 36 M              | 20 - 60 M | 24 M        | 16 - 48 M   |

DSMIG 2000. Cunningham, 1988. Down's syndrome.  
An introduction for Parents. Souvenir Press Ltd. Human Horizon Series.

## ¿CUÁNDO INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ?

La alimentación complementaria es la introducción de alimentos diferentes a la leche materna o artificial , tu bebé de de cumplir al menos con lo siguiente:

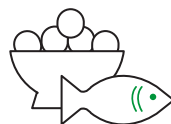
- ✓ 6 meses de vida
- ✓ Más de 6 kilos
- ✓ Sostener su cabeza
- ✓ Iniciar con el sentado

Se sugiere:

1. Preferir los alimentos de origen natural, frescos, regionales, de temporada, no procesados
2. No hay razón científica para retrasar el consumo de algunos alimentos ( huevo, cítricos, pescado, etc.)
3. Solo existe una regla "un alimento a la vez".
4. Un alimento por uno o dos días sin mezclar para conocer su tolerancia.
5. Una vez que ya probó todos los alimentos de forma individual esta listo para mezclarlos.
6. Ofrece agua simple desde temprana edad para forjar un buen hábito y prevenir el estreñimiento.

## "HAS DE SU ALIMENTACIÓN TODA UNA EXPERIENCIA SENSORIAL"

DEJA QUE TOQUE, HUELA, VEA , JUEGUE  
CON LOS ALIMENTOS



# ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

| EDAD       | ALIMENTOS A INTRODUCIR                                                                                                                                                                                                          | FRECUENCIA         | CONSISTENCIA                               |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|
| 0-6 meses  | Lactancia materna exclusiva                                                                                                                                                                                                     | A libre demanda    | Líquida                                    |
| 6-7 meses  | Carne (ternera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado)*<br><br>Verduras y frutas<br><br>Cereales (arroz, maíz, trigo, avena, centeno, amaranto, cebada, tortilla, pan, galletas, pastas, cereales infantiles pre cocidos adicionados) | 2 a 3 veces al día | Purés, papillas                            |
| 7-8 meses  | Leguminosas (frijol, haba, alubia, garbanzo, lenteja)                                                                                                                                                                           | 3 veces al día     | Purés, picados finos, alimentos machacados |
| 8-12 meses | Derivados de leche (queso, yogurt y otros)<br><br>Huevo y pescado**                                                                                                                                                             | 3-4 veces al día   | Picados finos, trocitos                    |
| 12 meses   | Frutas cítricas, leche entera***<br><br>Incorporar a dieta familiar                                                                                                                                                             | 4-5 veces al día   | Trocitos pequeños                          |

# CITAS DE CONTROL DE LOS 0 A LOS 12 MESES

CITAS DE LOS 0 A 12 MESES

| Fecha | Edad     | Kg / cm | PC / IMC | Comentarios |
|-------|----------|---------|----------|-------------|
|       | 10 días  |         |          |             |
|       | 1 mes    |         |          |             |
|       | 2 meses  |         |          |             |
|       | 3 meses  |         |          |             |
|       | 4 meses  |         |          |             |
|       | 5 meses  |         |          |             |
|       | 6 meses  |         |          |             |
|       | 7 meses  |         |          |             |
|       | 8 meses  |         |          |             |
|       | 9 meses  |         |          |             |
|       | 10 meses |         |          |             |
|       | 11 meses |         |          |             |
|       | 12 meses |         |          |             |

# CITAS DE CONTROL DE 1 A 6 AÑOS

| Fecha | Edad    | Kg / cm | PC / IMC | Comentarios |
|-------|---------|---------|----------|-------------|
|       | 1 A 3 M |         |          |             |
|       | 1 A 6 M |         |          |             |
|       | 1 A 9 M |         |          |             |
|       | 2 A     |         |          |             |
|       | 2 A 3 M |         |          |             |
|       | 2 A 6 M |         |          |             |
|       | 2 A 9 M |         |          |             |
|       | 3 A     |         |          |             |
|       | 3 A 6 M |         |          |             |
|       | 4 A     |         |          |             |
|       | 4 A 6 M |         |          |             |
|       | 5 A     |         |          |             |
|       | 5 A 6 M |         |          |             |
|       | 6 A     |         |          |             |

# CITAS DE CONTROL DE LOS 7 A LOS 20 AÑOS

| Fecha | Edad    | Kg / cm | PC / IMC | Comentarios |
|-------|---------|---------|----------|-------------|
|       | 7 años  |         |          |             |
|       | 8 años  |         |          |             |
|       | 9 años  |         |          |             |
|       | 10 años |         |          |             |
|       | 11 años |         |          |             |
|       | 12 años |         |          |             |
|       | 13 años |         |          |             |
|       | 14 años |         |          |             |
|       | 15 años |         |          |             |
|       | 16 años |         |          |             |
|       | 17 años |         |          |             |
|       | 18 años |         |          |             |
|       | 19 años |         |          |             |
|       | 20 años |         |          |             |

CITAS DE 7 A 20 AÑOS



# CONSULTAS CON ESPECIALISTAS

| Fecha | Especialidad | Doctor | Comentarios |
|-------|--------------|--------|-------------|
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |

CONSULTAS CON ESPECIALISTAS

# CONSULTAS CON ESPECIALISTAS

| Fecha | Especialidad | Doctor | Comentarios |
|-------|--------------|--------|-------------|
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |
|       |              |        |             |

CONSULTAS CON ESPECIALISTAS

## DIAGNÓSTICOS RELEVANTES

17

## RESULTADOS DE LABORATORIO

## RESULTADOS DE LABORATORIO

# RESULTADOS DE LABORATORIO

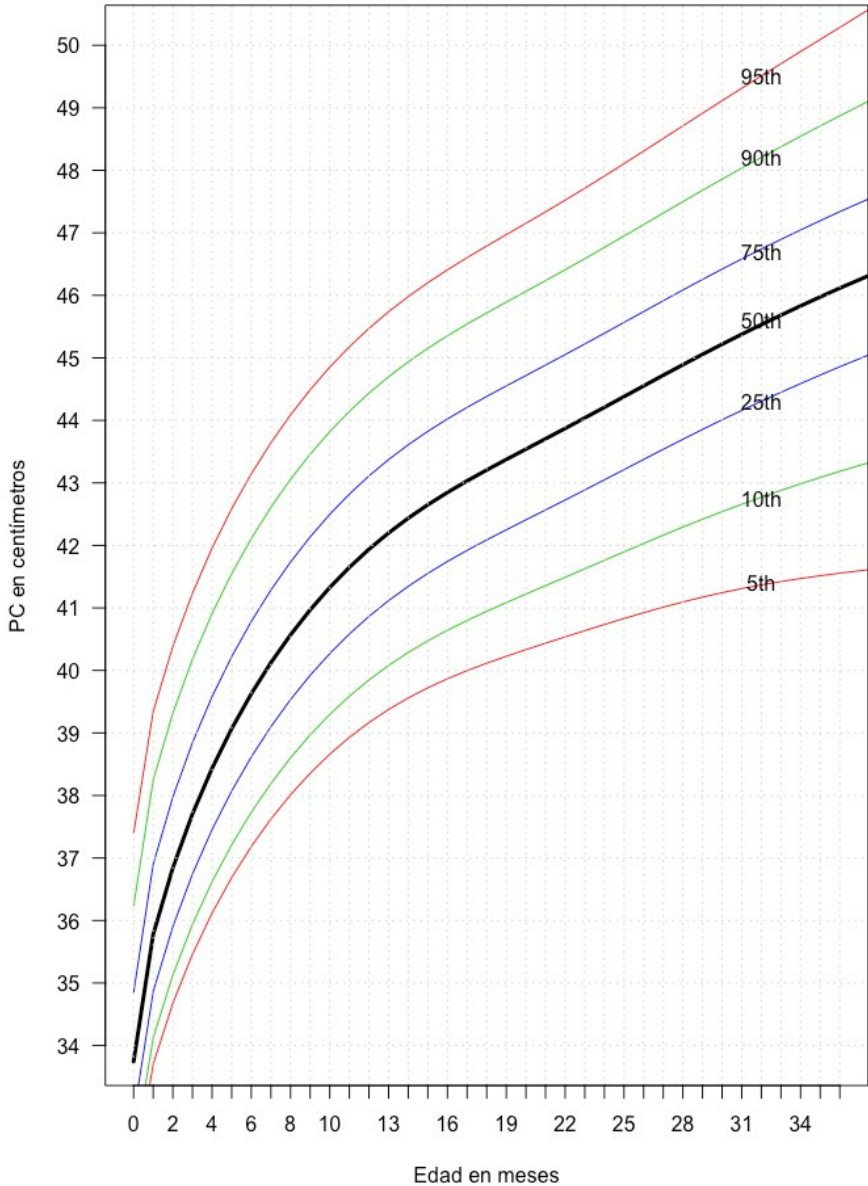
19



# PERÍMETRO CEFÁLICO

Gráficas de crecimiento para niños mexicanos  
con Síndrome de Down  
0 a 36 meses

Perímetro Cefálico para edad

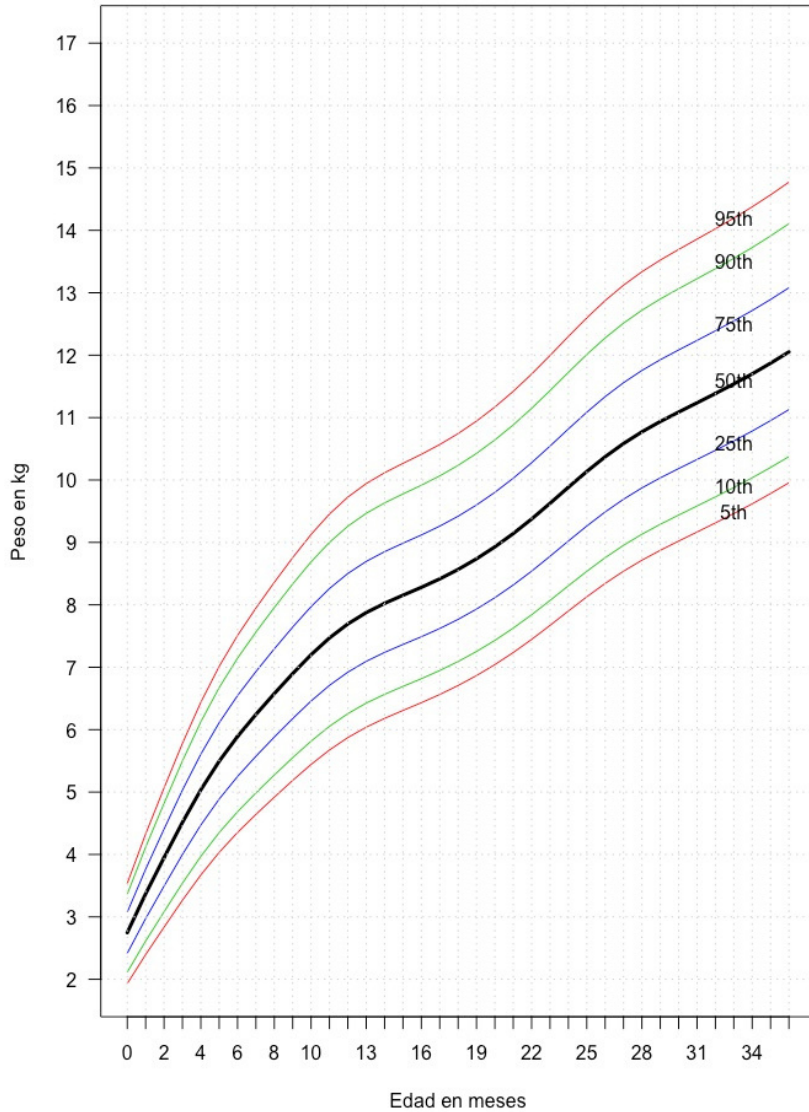




# PESO PARA EDAD

Gráficas de crecimiento para niños mexicanos  
con Síndrome de Down  
0 a 36 meses

Peso para edad



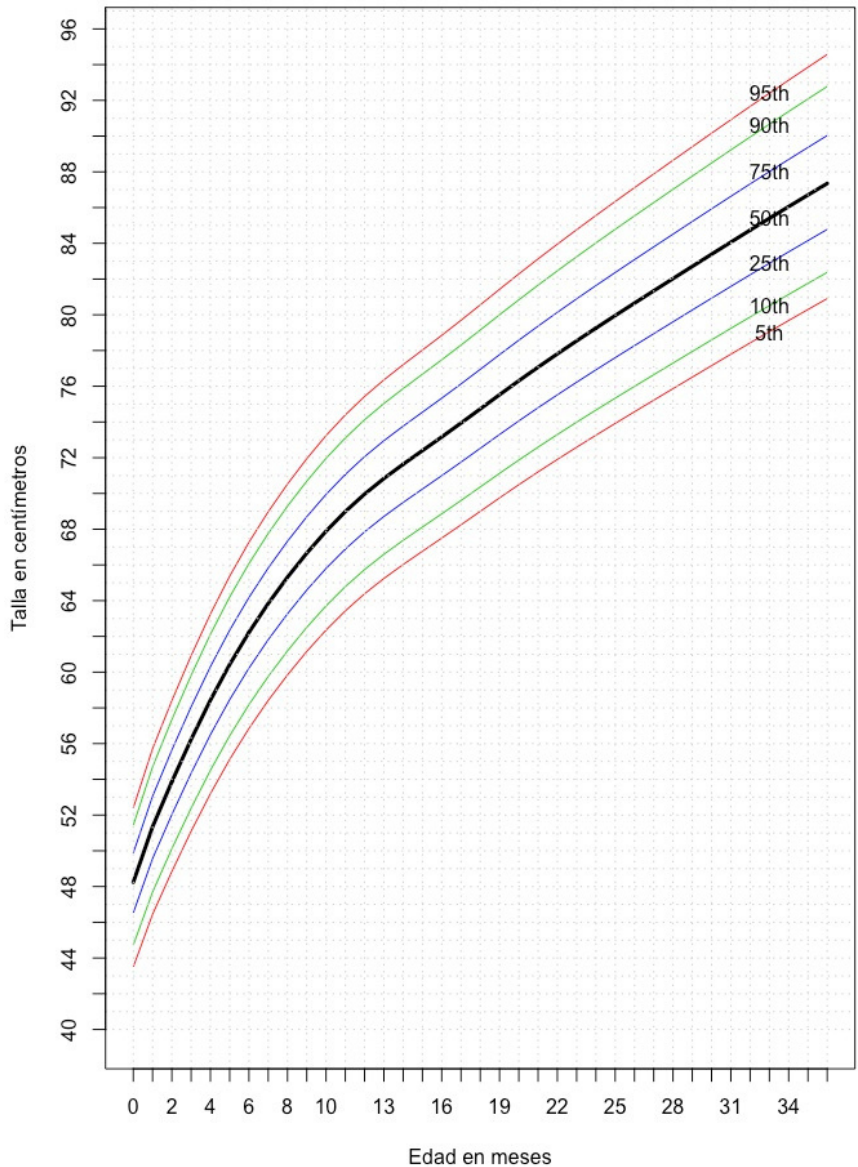
GRÁFICAS DE CRECIMIENTO NIÑOS



# TALLA PARA EDAD

Gráficas de crecimiento para niños mexicanos  
con Síndrome de Down  
0 a 36 meses

Talla para edad



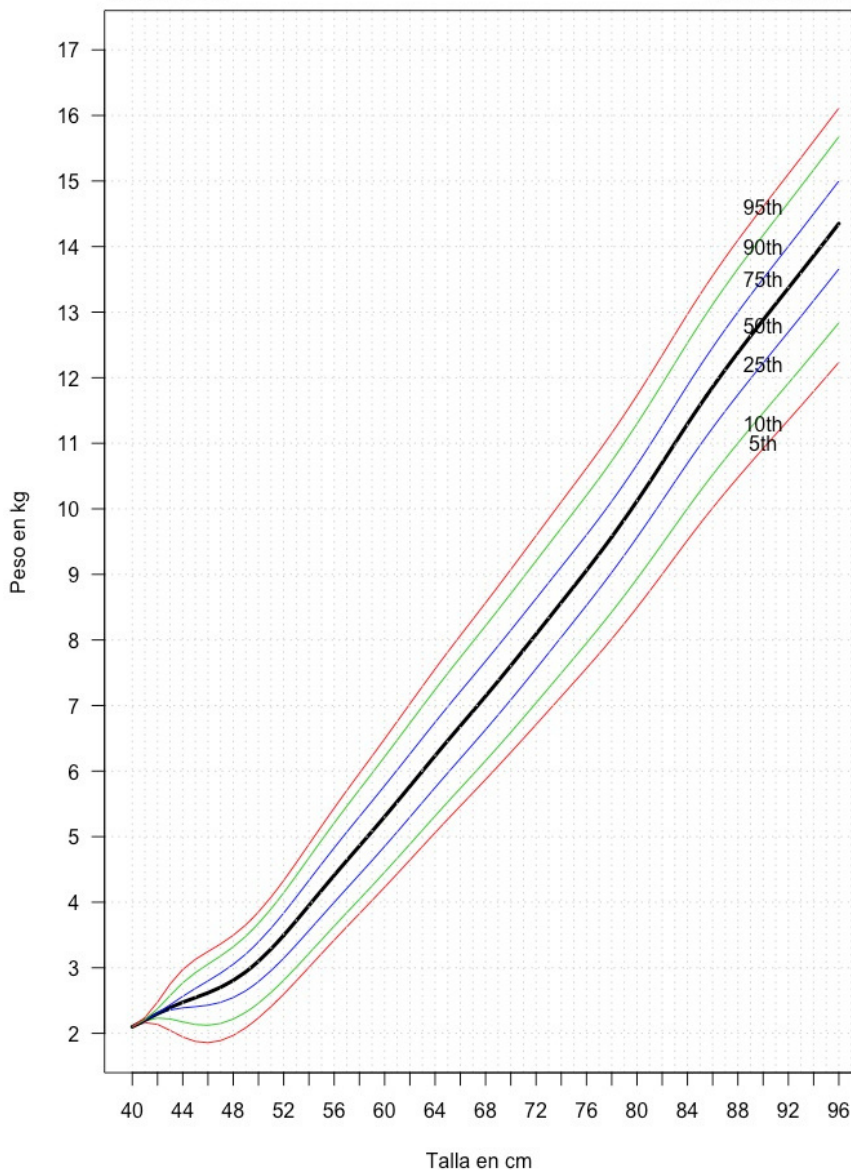




# PESO PARA TALLA

Gráficas de crecimiento para niños mexicanos  
con Síndrome de Down  
0 a 36 meses

Peso para talla



GRÁFICAS DE CRECIMIENTO NIÑAS



2 a 20 años: Niños  
Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

# de Archivo \_\_\_\_\_

\*Para calcular el IMC:  $\text{Peso (kgs)} \div \text{Estatura (cm)} \div \text{Estatura (cm)} \times 10.000$   
o  $\text{Peso (lbs)} \div \text{Estatura (pulgadas)} \div \text{Estatura (pulgadas)} \times 703$



# INICIO DE LA PUBERTAD

## 11 - 15 AÑOS

### ESCALA DE TANNER; **HOMBRES**



**Estadio 1.** Sin vello púbico. Testículos y pene infantiles



**Estadio 2.** Aumento del escroto y testículos, piel del escroto enrojecida y arrugada, pene infantil. Vello púbico escaso en la base del pene



**Estadio 3.** Alargamiento y engrosamiento del pene. Aumento de testículos y escroto. Vello sobre pubis rizado, grueso y oscuro



**Estadio 4.** Ensanchamiento del pene y del glande, aumento de testículos, aumento y oscurecimiento del escroto. Vello púbico adulto que no cubre los muslos

**Estadio 5.** Genitales adultos. Vello adulto que se extiende a zona medial de muslos

# MIS NOTAS





Grupo de Atención Multidisciplinaria RDM es una AC mejor conocida como Red Down México, conformada por profesionistas de diferentes disciplinas, médicos, psicólogos, terapeutas físicos, terapeutas lenguaje y aprendizaje entre otros, convencidos de la importancia del trabajo en equipo y comprometidos por brindar atención multidisciplinaria de calidad a las personas con síndrome de Down y sus familias.

Nuestra misión y líneas de acción se centran en la **atención, capacitación y difusión** de la importancia de la salud física y el bienestar emocional para el desarrollo integral de las personas con SD.

Tenemos un modelo de trabajo extramuros es decir no contamos con un espacio físico, buscamos crear redes entre profesionales, familias y organizaciones o agrupaciones que trabajen a favor de las personas con SD y sus familias.

Acércate y afíliate con nosotros, tenemos un lugar para familias, maestros, terapeutas, profesionales de salud y/o voluntarios.

¡Construyamos Juntos una Sociedad Incluyente!



**FACEBOOK**  
Red Down México



**WEBSITE**  
[www.red-downmexico.org](http://www.red-downmexico.org)



**EMAIL**  
[contacto@red-downmexico.org](mailto:contacto@red-downmexico.org)



**NUMERO**  
9982770766



[www.red-downmexico.org](http://www.red-downmexico.org)