

## 07- ESTADO DE SALUD

UD. podrá contactar al médico del Prix de Lausanne a través de la siguiente dirección:  
e-mail: [prixdelausanne@vidymed.ch](mailto:prixdelausanne@vidymed.ch)

**Docteur Carlo Bagutti**  
Vidy Med, Route de Chavannes 11  
1000 Lausanne 23  
te. 41 21/ 622 87 00  
fax 41 21/622 87 02

**Apellido y nombre del Candidato:**

**Fecha de nacimiento (día/mes/año):**

**Historia Clínica del candidato:**

¿Ha experimentado problemas médicos anteriormente? **si**  **no**

Diagnóstico:

### Padres

**Madre:**

Iniciales:

Fecha de nacimiento:

Peso corporal (Kg.):

Altura (cm.):

**Padre:**

Iniciales:

Fecha de nacimiento:

Peso corporal (Kg.):

Altura (cm.):

¿Ha tenido su primera menstruación? **si**  **no**

Edad de la primera menstruación:

Ha sufrido una ausencia de la menstruación en los últimos tres meses? **si**  **no**

¿Ha sufrido una fractura por stress alguna vez? **si**  **no**

Si su respuesta es afirmativa, especifique fecha y localización:

### Alergias

¿Posee reacciones alérgicas a ciertos medicamentos o alimentos? **si**  **no**

Si su respuesta es afirmativa, especifique cuáles:

### Conducta nutricional:

¿Existen o han existido signos de desequilibrios en la conducta nutricional del candidato en el presente, el pasado, o en sus familiares directos? **si**  **no**

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique:

### Dieta Habitual:

- Variada
- Vegetariana
- No consume lácteos
- No consume/consumo limitado de carbohidratos
- No consume/consumo limitado de grasas
- Otros (especifique)

Cantidad de porciones de fruta y vegetales diarios:



0 a 1

1 a 2

2 a 3

3 a 4

4 a 5

5 o más

**Apellido y nombre del Candidato:**

**Intensidad de actividad física:**

Edad de inicio del candidato en la danza:

Cantidad de horas por semana de entrenamiento de danza (promedio) durante el último año:

**Hábitos de vida:**

Tabaco

No fuma

fuma ocasionalmente

fuma regularmente

Alcohol

No consume

consume ocasionalmente

consume regularmente

**Medicamentos:**

¿Utiliza algún medicamento, o realiza homeopatía o fitoterapia ocasionalmente o regularmente?

si

no

Si su respuesta es sí, por favor especifique:

¿Ha consumido las siguientes sustancias anteriormente?

si

no

(Subraye) analgésicos, sedantes, laxantes, anfetaminas, anabólicos, narcóticos.

**Desarrollo del peso y de la altura:**

Por favor indique en el diagrama adjunto la información referida al peso y la altura del candidato durante su crecimiento.

**Examen físico:**

El estado de salud y en especial el estado nutricional del candidato es:

**Satisfactorio**

**bueno**

**excelente**

Peso corporal:

**kilogramos**

Altura:

**centímetros**

Presión arterial:

Mm. Hg.

Pulso cardíaco en reposo:

/minuto

Signos especiales o inusuales observados durante el examen físico:

**Lugar y fecha:**

**Firma y sello del Médico:**

Nombre y dirección del Médico de cabecera (en caracteres occidentales, para poder responder en caso de que sea necesaria información adicional):

E-mail:

Teléfono:

Fax: