

07- ESTADO DE SALUD

UD. podrá contactar al médico del Prix de Lausanne a través de la siguiente dirección:
e-mail: 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: