

Anamnese:

Histórico médio/saúde:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

Idade: _____ Data de nascimento: _____

Em caso de emergência, quem avisar: _____ TEL () _____

Histórico de Saúde:

1. Você fuma? Sim () Não () Quanto? >1 maço/dia () <1 maço/dia ()
2. Seu médico aferiu uma P.A. muito alta ou Baixa? Sim () Não ()
3. Possui diabéticos na família? Sim () Não ()
4. Possui algum problema cardíaco conhecido? Sim () Não ()
Qual(ais)? _____
5. Seu nível de colesterol já esteve muito alto? Sim () Não () Não sabe ()
6. Você esta com sobre peso? Sim () Não ()
Quanto? _____
7. Você tem quaisquer lesões ou problemas ortopédicos (bursite, dores nos joelhos, dores nas costas, etc.)? Sim () Não ()
Aonde? _____
8. Toma algum medicamento prescrito ou suplementos? Sim () Não ()
Qual(ais)? _____
9. Data do último exame físico?
10. Você possui alguma condição médica ou problemas não previamente mencionados? _____
11. Prática alguma outra atividade física regularmente? Sim () Não ()
Qual(ais)? _____

Formulário de Consentimento:

Eu reconheço, para o melhor de minha capacidade, que estou em bom estado de saúde e não tenho os problemas médicos conhecidos que restringiriam minha capacidade de participar neste programa de exercício.

Assinatura _____ Data: _____