

FICHA DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA LIBERAÇÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA / ESPORTIVAS

Data: ____/____/____ Nome: _____ Matrícula: _____ Vínculo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos.

HISTÓRICO DE SAÚDE:

1. Você está Sedentário? Sim Não
2. Qual atividade física que pratica e com qual frequência? _____ Nenhuma
3. Você é Tabagista? Sim Não Ex-Tabagista
4. Quanto Tempo? _____ Quantos Cigarros por dia? _____
5. Durante a prática de esportes já sentiu ou sente algum destes sintomas?
 Tontura Dor no peito Dor na cabeça Desmaio
 Dormência ou Formigamento no corpo Palpitação
6. Você apresenta algum problema de saúde? Não
 Pressão alta Problema de coração Colesterol / Triglicerídeos elevados Diabetes
 Alergia Respiratória Doenças de Tireóide Outras _____
7. Você possui em sua família (pai, mãe, irmãos, avô, avó) algum problema de saúde? Não
 Pressão alta Problema de coração Colesterol / Triglicerídeos elevados Diabetes
 Alergia Respiratória Doenças de Tireóide Outras _____
8. Tem história de morte súbita (morte inesperada em familiar sem explicação) na família?
 Não Sim Qual idade? _____
9. Já teve algum problema de lesão óssea, articular ou muscular?
 Não Sim, descreva: _____
10. Está fazendo algum tratamento? Não Sim _____
11. Esta usando algum medicamento ou suplemento alimentar? Não Sim _____

Afirmo serem verdadeiras todas as informações acima: _____

Assinatura do paciente / Responsável (para menores de 18 anos)