



FICHA DE INFORMAÇÃO MÉDICA

Nome: _____

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

HISTÓRICO DE SAÚDE: 1. 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 Qual? _____

11. Esta usando algum medicamento ou suplemento alimentar? () Não () Sim
Qual? _____

12 Possui Convênio Médico? () sim () Não Qual? _____

13 Em caso de emergência ligar para: _____ fone() _____

14 Tipo de sangue: _____

Afirmo serem verdadeiras todas as informações acima:

Assinatura / Responsável (para menores de 18 anos)