

9) Prática Atividade Física?: ☒ Sim () Não

Quais: ON - P Frequência: 1-2 x

10) Tabagismo: () Sim ☒ Não Quantidade/dia: _____

11) Ingerir bebida alcoólica: ☒ Sim () Não Frequência: 2 x por semana

Histórico clínico:

• Tratamento médico atual: () Sim (☒) Não

Medicamentos em uso: _____

• Antecedentes alérgicos: () Sim (☒) Não Quais: _____

• Portador de marcapasso: _____

() Sim (☒) Não

• Alterações cardíacas: _____

() Sim ☒ Não Quais: _____

• Antecedentes oncológicos: _____

() Sim ☒ Não Qual: _____

• Diabetes: _____

() Sim ☒ Não Tipo: _____

• Algum tipo de doença: _____

() Sim ☒ Não Qual: _____

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?: sim com raios

(☒) Sim () Não Qual: Joelho E. Causado por trauma 3 anos.

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? () Sim (☒) Não Quais: _____

• Teste de esforço, ergométrico ou ergoespirométrico recentemente (menos de 1 ano)?

() Sim (☒) Não



On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Roberto DA SILVA Idade: 41
Email: Roberto.dasilva@london.com.br Cidade: SP
Bairro: VILA SONIA Cel.: 11 976149340
Data Nasc.: 31/01/1978 mas dominico

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

(☒) Bom > 6 horas

() Regular 4 a 6 horas

() Ruim < 4 horas

2) História familiar de depressão, déficit de atenção e ansiedade?

() Sim (☒) Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

() Sim (☒) Não

4) Queixa de stress mental?

() Sim (☒) Não

5) Trauma familiar ou infantil?

() Sim (☒) Não

6) Ingestão de água (copos/dia): entre 1,5 L

7) Alimentação: (☒) Boa () Regular () Péssima

8) Alimentos de preferência: Arroz, feijão, salada

PAR-Q

Physical Activity Readiness Questionnaire

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

O PAR-Q foi elaborado para auxiliar você a se auto-ajudar. Os exercícios praticados regularmente estão associados a muitos benefícios de saúde. Completar o PAR-Q representa o primeiro passo importante a ser tomado, principalmente se você está interessado em incluir a atividade física com maior frequência e regularidade no seu dia a dia.

O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cada questão e marque SIM ou NÃO.

- SIM** ☐ **NÃO** ☒
- 1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica? ☐
 - 2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física? ☒
 - 3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física? ☒
 - 4 - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas? ☐
 - 5 - Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas? ☒
 - 6 - Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular? ☒
 - 7 - Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas? ☒

Declaração de Responsabilidade

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário "PAR-Q" e afirmo estar liberado(a) pelo meu médico para participação em atividades físicas.

Nome do(a) participante:

Roberto Paiva

Nome do(a) responsável se menor de 18 anos:

Data: 16/10/2018

Assinatura:

[Assinatura]

Seus objetivos e metas:

Fale um pouco para nós e nos ajude a montar seu plano personalizado:

Paixão por Física

