

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Juliana Zanotto Idade: 34
Email: JUZANOTTO85@gmail.com Cidade: São Paulo
Bairro: Rial Borqui Cel.: 11 99886-0555
Data Nasc.: 23 / 08 / 85

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

- () Bom > 6 horas
(☒) Regular 4 a 6 horas
() Ruím < 4 horas

2) Historia familiar de depressão, deficit de atenção e ansiedade?

- (☒) Sim () Não 2 anos sem remédios há 3 meses

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): 4 copos por dia

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

8) Alimentos de preferência: verduras, legumes, folhosos, castanhas, mariscos

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

Quais: PT e aeróbica Frequência: 2x15

10) Tabagismo: (☒) Sim (☐) Não Quantidade/dia: 1 cigarro

11) Inger bebida alcoólica: (☒) Sim (☐) Não Frequência: 7DS

Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: —

• Antecedentes alérgicos: (☒) Sim (☐) Não Quais: lactível, picada de urtiga e melão

• Portador de marcapasso:

(☐) Sim (☒) Não

• Alterações cardíacas:

(☐) Sim (☒) Não Quais: —

• Antecedentes oncológicos:

(☒) Sim (☐) Não Qual: Pai linfoma

• Diabetes:

(☐) Sim (☒) Não Tipo: —

• Algum tipo de doença:

(☐) Sim (☒) Não Qual: —

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

(☒) Sim (☐) Não Qual: crânio vertebros L5

• 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

Seus objetivos e metas:

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

fortalecimento muscular geral



medicina esportiva



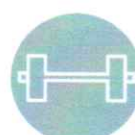
fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição

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:

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

Data : 03 / 10 / 13

Assinatura:

