9) Pratica Atividade Física?: ( ) Sim Não Ouals:	10) Tabagismo: ( ) Sim (X) Não Quantidade/dia:
<ol> <li>9) Pratica Atividado Ouais:</li> </ol>	10) Tabagismo: (

### Histórico clínico:

Sim X Não	100-5 drc
• Tratamento médico atual: (	Medicamentos em uso: AAS

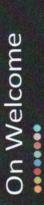
- Antecedentes alérgicos: ( ) Sim 🖄 ) Não Quais:
- Portador de marcapasso:
- ( ) Sim ( 3) Não
- (S) SIM () NãO QUAIS: FORAME OVAL PATENTE (CORRIGIDO) Alterações cardiacas:
- Antecedentes oncológicos:
- ( ) Sim ( \$) Não Qual:
- ( )Sim (X) NãoTipo:
- Algum tipo de doença:
- ( ) Sim ( Não Qual: \_
- Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

( SSIM ( ) NãO QUAI: SOBRECARGA FRÂMORO - PATELAR

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 (X) Não





Reabilitação e Performance Corporal Centro Integrado de Saúde,

SANTANA DE PARNAIBA NOME: ALEXANORE PEREIRA DE OLIVEIRA Idade: Email: AOLIVEIRA . T 10 @ GMAIL . COM CIDAde: Cel Bairro: TAM BORE Data Nasc.: 10

#### Sobre você:

- 1) Qualidade do sono:
- ( ) Bom > 6 horas
- (X) Regular 4 a 6 horas
- ( ) Ruím < 4 horas
- 2) Historia familiar de depressão, deficit de atenção e ansiedade?
- (X) Sim ( )Não
- 3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?
- ( ) Sim ( **X**)Não
- 4) Queixa de stress mental?
- ∑Sim ( )Não
- 5) Trauma familiar ou infantil?
- ( )sim (<del>X</del>) Não
- 6) Ingestão de água (copos/dia): \_
- 7) Alimentação: ( ) Boa (X) Regular( ) Péssima
- 8) Alimentos de preferência:

## Physical Activity Readiness Questionnarie

# QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

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

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

Data: 14,10,15	onsável se meno	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:  ALEXALIA DE OFTELRA DE OCIVELSA	Z77 - Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?  Declaração de Responsabilidade	prática de atividades físicas?  Medico de atividades físicas?	física?  A - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas?	SIM NÃO  1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardiaco 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

## Seus objetivos e metas:

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

<b>(3)</b>			
<b>L</b>			
Sel.		4.6	
Ī		the Posterior	
		1 3	
	profits	14	
100	and a the formula	A THE RESIDENCE OF THE PARTY OF	
	1001 0	HOPELE	





