

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

Quais: corrida Frequência: 3x/100m

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

11) Ingerir bebida alcoólica: () Sim (/) Não Frequência: _____

Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: não

• 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 (/) Não Qual: _____

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de

exercícios? () Sim (/) Não Quais? _____

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

() Sim (/) Não

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Yago Nello de Idade: 41
Email: joaoph@terra.com.br Cidade: São Paulo
Bairro: Vila Sônia Cel.: 995096686
Data Nasc.: 19/08/1978

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

(/) Bom > 6 horas

() Regular 4 a 6 horas

() Ruím < 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): 10

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

8) Alimentos de preferência: _____

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:

João Holanda

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

Data: 11/10/19

Assinatura: _____

João Holanda

Seus objetivos e metas:

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

manutenção de saúde / condicionamento físico geral



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição