

• Portador de marcapasso:

() Sim (X) Não

• Alterações cardíacas:

() Sim (X) Não Quais: _____

• Antecedentes oncológicos:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Diabetes:

() Sim (X) Não Tipo: _____

• Algum tipo de doença:

() Sim (X) Não Qual: _____

• Possui algum problema ortopédico diagnosticado?:

(X) Sim () Não Qual: TORNOZELOS / ESPORÃO

• Tem alguma restrição ou recomendação médica para prática de exercícios?

() Sim (X) Não Qual: _____

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

() Sim (X) Não

Seus objetivos e metas:

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

PERDER PESO E GANHAR MASSA MUSCULAR.



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição

On Welcome



Centro Integrado de Saúde,
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Michel Crocchia Idade: 41
Email: McCrocchia@gmail.com Cidade: SP
Bairro: Vila Andrade Cel.: 11941347234
Data Nasc.: 13/10/1976

Sobre você:

1) Qualidade do sono:

(☒) Boa () Regular () Péssima Quantas horas/noite 8/7

2) Ingestão de água (copos/dia): 2L

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

4) Alimentos de preferência: Carne / Peixe / Frango / Ovo

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

Que tipo: Futebol / Andar, natação Frequência: 6 dias

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

7) Ingere bebida alcoólica: () Sim (☒) Não Frequência: _____

Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: Não

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