

Nome: CARLOS EDUARDO A. CAMPOS Idade: 44
Email: campos.coact74@gmail.com Cidade: São Paulo
Bairro: Vila Senia Cel.: (11) 992900282
Data Nasc.: 08/05/1974

Sobre você:

- 1) Qualidade do sono: ☒ Boa () Regular () Pésima Quantas horas/noite: 06 a 08
- 2) Ingestão de água (copos/dia): 10
- 3) Alimentação: () Boa ☒ Regular () Pésima
- 4) Alimentos de preferência: cereais, massas
- 5) Prática Atividade Física? ☒ Sim () Não
- Que tipo: ACADÊMICA Frequência: 02 vezes/semana
- 6) Tabagismo: () Sim ☒ Não Quantidade/dia: _____
- 7) Ingerir bebida alcoólica: ☒ Sim () Não Frequência: 2/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 ☒ Não Qual: _____

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

() Sim ☒ Não Qual: _____

• 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:

Corrigir um problema frequente de
historico de lesões musculares na
panturrilha e coxa



medicina esportiva



fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



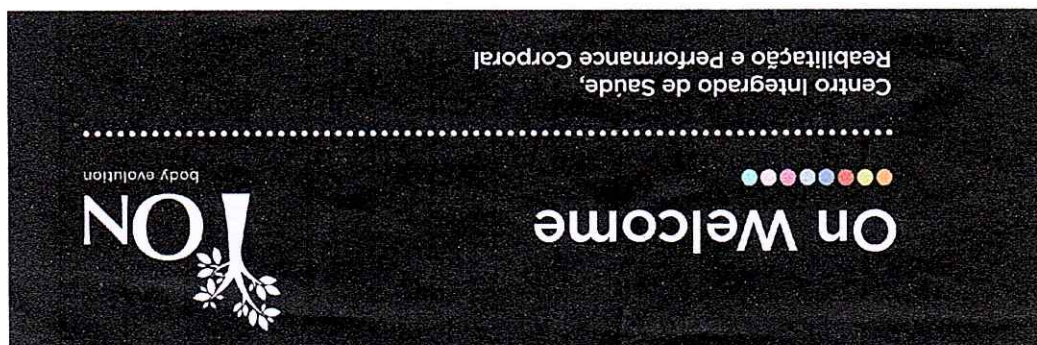
pilates



yoga



nutrição



PAR-Q

Physical Activity Readiness Questionnaire

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica e médica antes do início da atividade física. Caso você marque um SIM, é fortemente sugerida a realização da avaliação clínica e médica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

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.

- | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - Alguma vez seu médico disse que você possui algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 - Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 - No último mês você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física? |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 - Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividades físicas? |
- SIM NÃO



Assinatura:

Data: 18/02/2019

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

CARLOS EDUARDO ANTUNES DE CAMPOS

Nome do(a) participante:

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

Declaração de Responsabilidade

- participar de 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?