

# On Welcome



Centro Integrado de Saúde,  
Reabilitação e Performance Corporal

Nome: Ama Paula Vilar Silva Busnardo Idade: 48  
Email: amapaula.busnardo@yaho.com.br Cidade: SP  
Bairro: Alto de Pinheiros Cel.: 99115.7552  
Data Nasc.: 23 / 08 / 71

## 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?

- ( ) Sim (X) Não

3) Apresenta fobia, pânico diagnosticado por médico?

- ( ) Sim (X) Não

4) Queixa de stress mental?

- ( ) Sim (X) Não

5) Trauma familiar ou infantil?

- ( ) sim (X) Não

6) Ingestão de água (copos/dia): 2L  
~~1,5L~~ ~~2L~~ ~~2,5L~~ ~~3L~~ ~~3,5L~~ ~~4L~~ ~~4,5L~~ ~~5L~~

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

8) Alimentos de preferência: legumes | verduras | leite

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

Quais: Pilates, Ballet e funcional Frequência: 5x por semana

10) Tabagismo: ( ) Sim ( ☒ ) Não Quantidade/dia: \_\_\_\_\_

11) Ingere bebida alcoólica: ( ☒ ) Sim ( ) Não Frequência: 2 ou 2 taças 1x por semana

## Histórico clínico:

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

Medicamentos em uso: Vitamina D

• 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: Lesão de ligamento redondo no quadril E

• 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



## 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:

Ana Paula Vilar Silva Buzano

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

Data : 10 / 10 / 2019

Assinatura:

Ana Paula Vilar Silva Buzano

## Seus objetivos e metas:

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

Objetivos : manter peso e ganhar tônus muscular



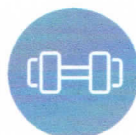
medicina esportiva



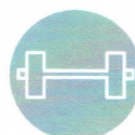
fisioterapia



movimento



preparação física



levantamento olímpico



pilates



yoga



nutrição