Histórico Clínico

1. Atualmente algum um médico lhe disse que você possui alguma doença e recomendou que só fizesse atividade física sob supervisão médica? Sim ( ) Não ( )
2. Já apresentou alguma doença no passado? Sim ( ) Não ( )
3. Apresenta alguma patologia? Sim ( ) Não ( )
4. Apresenta algum tipo de alergia? Sim ( ) Não ( )
5. Já teve hospitalizado? Sim ( ) Não ( )
6. Fez alguma cirurgia? Sim ( ) Não ( )
7. Toma algum tipo de medicamento? Sim ( ) Não ( )
8. Tem alguma limitação articular? Sim ( ) Não ( )
9. Você tende a perder a consciência ou cair, como resultado de tonteira? Sim ( ) Não ( )
10. Possui estado de insônia? Sim ( ) Não ( )

Histórico Clínico Familiar

1. Pai apresenta alguma patologia? Sim ( ) Não ( )
2. Mãe apresenta alguma patologia? Sim ( ) Não ( )
3. Irmão (ã) apresenta alguma patologia? Sim ( ) Não ( )
4. Avô apresenta alguma patologia? Sim ( ) Não ( )
5. Avó apresenta alguma patologia? Sim ( ) Não ( )

Histórico Psicossocial

1. Você se considera uma pessoa distraída? Sim ( ) Não ( )
2. Você se considera uma pessoa hiperativa? Sim ( ) Não ( )
3. Você se considera uma pessoa nervosa? Sim ( ) Não ( )
4. Você se considera uma pessoa calma? Sim ( ) Não ( )
5. Você se considera uma pessoa que expressa suas necessidades? Sim ( ) Não ( )
6. Você se considera uma pessoa que se adapta a situações adversas? Sim ( ) Não ( )
7. Consegue fazer amizades com facilidade? Sim ( ) Não ( )
8. Tomou álcool ou se alimentou mal decorrente de alguma decepção? Sim ( ) Não ( )
9. Já foi diagnosticado com depressão? Sim ( ) Não ( )

Escala de bem estar

1 Discordo totalmente

2 Discordo parcialmente

3 Discordo pouco

4 Concordo pouco

5 Concordo parcialmente

6 Concordo totalmente

**As relações abaixo se referem à maneira como você lida consigo mesmo e com sua vida. Lembre-se, não há respostas certas ou erradas, apenas marque a alternativa que melhor descreve como você se sente, no momento, em relação a cada frase.**

1. Ultimamente me sinto solitário porque tenho poucos amigos íntimos com quem eu possa compartilhar minhas preocupações.
2. Não tenho medo de expressar minhas opiniões, mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria.
3. Sinto que tenho controle sobre as situações do meu dia.
4. De forma geral me sinto confiante e positivo sobre mim mesmo.
5. Em minha opinião, pessoas de todas as idades são capazes de continuar crescendo e se desenvolvendo.
6. Na maioria das vezes acho minhas atividades desinteressantes e banais.
7. Gosto do jeito que sou.
8. As pessoas dificilmente me convencem a fazer coisas que eu não queira.
9. Sou uma pessoa ativa para executar os planos que estipulei.
10. Em relação às amizades, eu geralmente me sinto deslocado.

Atividades diárias

(Perguntas Abertas)

1. Considera uma pessoa ativa?
2. Você gosta de treinar ou treina por indicação médica, estética ou por algum reconhecimento social?
3. Gosta de fazer aulas coletivas?
4. Já fez exercícios personalizados?
5. Gosta de exercícios contínuos, intermitentes ou não tem preferência?
6. Pratica ou gosta de algum esporte?
7. Gosta de treinar sozinho, dupla ou em grupo?
8. Quantas vezes pretende treinar por semana?
9. Pretende estipular um horário específico de treino?
10. Qual a sua disponibilidade de tempo para treinar?
11. Qual o seu objetivo com os treinos?
12. Em que tempo pretende alcançar o objetivo?
13. Quantas vezes pretende treinar por semana?
14. Em média quanto tempo dorme por dia?
15. Consegue tirar um cochilo durante o dia?
16. Qual a qualidade do seu sono?
17. Se alimenta bem?
18. Pretende procurar um (a) nutricionista?
19. Atualmente toma ou já tomou algum tipo de ergogênico?
20. Trabalha, estuda ou faz outra atividade?

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO**

Histórico Clínico:

Histórico Familiar:

Histórico Psicossocial:

Escala de Bem Estar:

Atividades Diárias: