**ANAMNESE**

**DADOS PESSOAIS**

Pratica ou já praticou alguma atividade física atualmente? ( )Sim ( )Não

Em caso afirmativo, o que?

Quantas vezes por semana? Há quanto tempo?

Há quanto tempo interrompeu?

Está fazendo dieta ou algum tratamento para emagrecer? ( )Sim ( )Não

Está fazendo dieta ou algum tratamento para ganhar peso? ( )Sim ( )Não

Em caso de afirmação especifique o tratamento/medicação:

Você fuma ou já fumou? ( )Sim ( )Não

Em caso afirmativo, por quanto tempo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sofre ou sofreu de algum problema na coluna? ( )Sim ( )Não

Especifique qual tratamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já sofreu algum tratamento ósseo ou articular? ( )Sim ( )Não

Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já teve alguma doença séria e/ou intervenção hospitalar? ( )Sim ( )Não

Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sofre de hipertensão? ( )Sim ( )Não

Sofre de diabete? ( )Sim ( )Não

Faz tratamento médico? ( )Sim ( )Não

Especifique o tratamento em medicação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz algum outro tipo de tratamento médico? ( )Sim ( )Não

Especifique o tratamento em medicação:

Sofre no momento de qualquer mal ou algo que deva ser salientado que necessite de cuidados especiais durante as aulas? (Exemplo: asma, bronquite, problemas cardíacos, etc)

( )Não ( )Sim Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em caso de urgência, a quem devemos chamar?

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço/fone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quais objetivos você deseja atingir praticando a modalidade de musculação?