



QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Responda com veracidade e responsabilidade, esse documento é de extrema importância para sua integridade física e segurança.

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Sexo () F () M

Data de nascimento: ____/____/____

Peso (kg): _____

Altura (m): _____

Usa algum medicamento? () Sim () Não

Se assinalou SIM, favor especificar

Já realizou algum teste de esforço com o cardiologista? () Sim () Não

Se SIM, quando? ____/____/____

Apresentou alguma patologia? () Sim () Não

É alérgico a alguma coisa ou á algum medicamento? () Sim () Não

Se SIM, favor especificar

Marque SIM ou NÃO, caso você teve ou tem alguns dos problemas citados abaixo:

- | | | |
|--|---------|---------|
| Pressão arterial elevada | () Sim | () Não |
| Infarto do miocárdio | () Sim | () Não |
| Diabetes | () Sim | () Não |
| Dor no peito ou falta de ar | () Sim | () Não |
| Pais ou parentes com doença cardíaca ou diabetes | () Sim | () Não |
| Contraturas ou câimbras generalizadas | () Sim | () Não |
| Convulsão | () Sim | () Não |
| Hipoglicemia | () Sim | () Não |
| Hipertermia ou colapso devido o calor | () Sim | () Não |
| Hiponatremia | () Sim | () Não |
| Hipotermia | () Sim | () Não |

Qualquer outra informação sobre sua condição de saúde ou se necessita de algum atendimento especial durante a prova:

Outras observações:

Boa sorte e Boa Prova,

_____ de _____ de 20__.

