

## 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\_\_.