

DECLARAÇÃO DE SAUDE E DE RESPONSABILIDADE - LADEIRAS TRAIL 2022

ETAPA SANTA ISABEL / SP

Nome: _____ CPF: _____ Data: ____/____/____

Telefone: () _____ Percurso: _____ Km - Numero de Peito: _____

QUESTIONÁRIO MÉDICO

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. VOCÊ TEVE NOS ÚLTIMOS 10 DIAS OU ESTA COM SINTOMAS GRIPAIS QUE POSSAM SER SINTOMAS TAMBEM DE COVID-19? NÃO [] SIM [] QUANDO? | COVID-19 |
| 2. VOCÊ TEVE <u>FALTA DE AR</u> (DIFICULDADE RESPIRATÓRIA) NOS ÚLTIMOS 10 DIAS ? NÃO [] SIM [] QUANDO? | COVID-19 |
| 3. VOCÊ ESTÁ FAZENDO <u>ALGUM TIPO DE TRATAMENTO MÉDICO OU FISIOTERAPÊUTICO</u> ? NÃO [] SIM [] QUANDO? | COVID-19 |
| 4. VOCÊ ESTÁ FAZENDO USO DE <u>ALGUM MEDICAMENTO</u> NOS ÚLTIMOS 30 DIAS ? NÃO [] SIM [] QUANDO? | GERAL |
| 5. VOCÊ TEM <u>DIABETES</u> ? NÃO [] SIM [] QUETIPO? | GERAL |
| 6. VOCÊ TEM <u>PRESSÃO ALTA</u> ? NÃO [] SIM [] | GERAL |
| 7. VOCÊ TEM ALGUMA <u>ALERGIA</u> ? NÃO [] SIM [] QUAL(IS)? | GERAL |
| 8. VOCÊ JÁ FOI <u>OPERADO</u> ? <u>QUAL CIRURGIA</u> ? <u>QUANDO</u> ? NÃO [] SIM [] | GERAL |
| 9. VOCÊ É <u>FUMANTE</u> ? NÃO [] SIM [] | GERAL |
| 10. TOMOU <u>VACINA</u> ? NÃO [] SIM [] | GERAL |
| 11. SE SIM, QUANTAS <u>DOSES</u> ? 1ª [] - 2ª [] 3ª [] ou Única [] | GERAL |
| 12. DE QUAL Laboratório? CORONAVAC. [] - ASTRAZENECA. [] - PFIZER. [] - JANSSEN. [] | GERAL |
| 13. Numero Do Lote? Nº | GERAL |
| 14. VOCÊ <u>ESTÁ LEVANDO ALGUM MEDICAMENTO</u> ? NÃO [] SIM [] QUAL(IS)? | GERAL |
| 15. <u>DECLARAÇÃO / ASSINATURA</u> - DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS. Declaro também estar em condições de cumprir as seguintes obrigações: a) Aceitar, respeitar e cumprir as normas éticas e procedimentos estabelecidos pela organização do evento. b) Ter realizado todos os exames clínicos necessários para a prática de atividades físicas, em especial para participar do evento LADEIRAS TRAIL, ETAPA SANTA ISABEL/SP, NA DATA 30/01/2022, ISENTANDO A ORGANIZAÇÃO DE QUALQUER RESPONSABILIDADE REFERENTE A MINHA SITUAÇÃO CLÍNICA; c) Estar ciente que estou participando de um evento de alta performance, que minhas condições físicas e psicológicas estão adequadas para participar deste, evento d) Cumprir todos os protocolos e recomendações das autoridades sanitárias e orientações da COVISA no contexto da pandemia da COVID-19. SIM, EU ESTOU DE ACORDO [] | |
| <p>_____</p> <p>ASSINATURA DO ATLETA</p> | |