

EVOLUTION

ITATIAIA NATIONAL PARK

FICHA MÉDICA

Evento: EVOLUTION - Etapa: ITATIAIA NATIONAL PARK 2024

Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Cidade: _____ Estado: _____

E-mail: _____ Celular: _____

Contato em caso de emergência:

Nome: _____

Telefone: _____ Tipo de Relação: _____

Possui plano de saúde? () Sim () Não - Caso possua, qual? _____

Informe aqui o número da matrícula de seu plano de saúde: _____

Possui algum médico particular? () Sim () Não - Caso possua, informe seu número de telefone: _____ Data do último check up médico: _____

Grupo sanguíneo (fator RH): _____ Tem alergia a algum medicamento? () Sim () Não

Em caso de afirmativo, quais? _____

- Tem diabetes? () Sim () Não -
- Possui quadro de hipertensão? () Sim () Não
- Pratica treinos de corrida regularmente? () Sim () Não
- Possui alguma doença ou lesão que possa impedi-lo(a) de participar da EVOLUTION?
() Sim () Não
- Toma alguma medicação? () Sim () Não - Em caso de afirmativo, quais?

Possui em sua família histórico de:

- Hipertensão arterial () Sim () Não
- Diabetes () Sim () Não
- Doença cardíaca () Sim () Não
- Colesterol () Sim () Não
- Desmaio () Sim () Não
- Outra doença: _____
- O seu médico já lhe disse que você tem alguma doença no coração e que só deve praticar exercícios com recomendação médica? () Sim () Não
- Você sente dor no tórax quando realiza esforço físico? () Sim () Não
- Você apresenta desequilíbrio devido a tonteira ou já teve perda da consciência? () Sim () Não
- Você possui algum problema ósseo ou articular que possa piorar com o esforço físico? () Sim () Não - Caso possua, qual? _____
- Você usa atualmente algum medicamento para a pressão arterial ou para problemas no coração? () Sim () Não - Caso possua, nos informe qual: _____
- Você sabe de alguma outra razão pela qual não deva realizar atividade física? () Sim () Não
Caso possua, qual? _____

Outras observações: _____

Eu, _____, CPF _____, responsabilizo-me pelas informações supracitadas.

_____ de _____ de 2024

Assinatura