

# EVOLUTION

CHALLENGE YOURSELF

## FICHA MÉDICA

ETAPA: \_\_\_\_\_

PERCURSO: \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Tel/celular ( ) \_\_\_\_\_ Contato em caso de emergência (nome e telefone):

Plano de Saúde: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Data do último CHECK UP médico: \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo (fator RH): \_\_\_\_\_

Tem alergia a algum medicamento? \_\_\_\_\_ Se, Sim, Quais?

Possui quadro de Hipertensão? \_\_\_\_\_ Se, sim, quais medicamentos usa? \_\_\_\_\_

Possui quadro de Diabetes? \_\_\_\_\_ Se, sim, quais medicamentos usa? \_\_\_\_\_

Possui em sua família histórico de:

Hipertensão arterial Doença cardíaca? \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_ Colesterol \_\_\_\_\_

Possui histórico de síncope (desmaio)? \_\_\_\_\_

Você usa atualmente algum medicamento para a pressão arterial ou para problemas no coração?  
\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura