



FICHA DE ANAMNESE ALUNO ABB GOIÂNIA

DADOS PESSOAIS:

NOME: _____ IDADE: _____

DATA DE NASC.: ____/____/____ PROFISSÃO: _____

ESTADO CIVIL: _____ CONTATO: () _____

EMAIL: _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA AVISAR:

nome: _____ contato() _____

INFORMAÇÕES BÁSICAS:

- PESO: _____ ESTATURA: _____
- TIPO SANGUÍNEO: _____
- ÚLTIMO ACOMPANHAMENTO MÉDICO: _____ QUAL: _____
- PRESSÃO ARTERIAL: () ALTA () BAIXA () NORMAL
- DIABÉTICO: () SIM () NÃO DIABÉTICO NA FAMÍLIA () SIM () NÃO
- PROBLEMA CARDÍACO () SIM () NÃO QUAL: _____
- FUMANTE: () SIM () NÃO
- FEZ ALGUMA CIRURGIA () SIM () NÃO
QUAL: _____
- TOMA MEDICAMENTOS: () SIM () NÃO
QUAL: _____
- SENTE DORES OU INCÔMODO () SIM () NÃO
QUAL: _____
- FAZ ATIVIDADE FÍSICA: () SIM () NÃO
QUAL: _____ QUAL FREQUÊNCIA
SEMANAL: _____
- TESTOU POSITIVO PARA COVID-19 () SIM () NÃO
QUANDO: _____

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO:

EU RECONHEÇO QUE ESTOU EM BOM ESTADO DE SAÚDE, NÃO TENHO NENHUM PROBLEMA CLÍNICO QUE IMPEÇA DE PRATICAR AS ATIVIDADES FÍSICAS OFERECIDA PELA ABB GOIÂNIA.

Data: ____/____/____

ASSINATURA DO ALUNO