

Questionário para Avaliação de Aptidão para a Atividade Física

Nome:

Idade:

Data de nascimento: / /

Bilhete de identidade/cartão de cidadão/passaporte Nº:

Antecedentes clínicos:

Indique com um X a resposta mais adequada às perguntas que se seguem:

1. Alguma vez recebeu indicação médica para realizar atividade física somente com supervisão especializada devido a problema cardíaco? Sim Não
2. Nota dor no peito quando realiza alguma atividade física? Sim Não
3. Notou alguma dor no peito em repouso no último mês? Sim Não
4. Já perdeu a consciência ou o equilíbrio após uma sensação de tontura? Sim Não
5. Tem algum problema de ossos ou articulações que possa ser agravado com o esforço físico que se propõe a realizar? Sim Não
6. Tem prescrita, pelo seu médico, alguma medicação para a pressão arterial ou para algum problema de coração (p. ex. diuréticos)? Sim Não
7. Tem conhecimento, por experiência própria ou por indicação médica, de alguma alteração na sua saúde geral que o impeça de fazer exercício com normalidade? Sim Não

Em caso afirmativo, qual?

Em, de

de 20.....

