

Termo de Responsabilidade

Nome: _____ Data: ____/____/____

CPF: _____ Telefone: _____

QUESTIONARIO DE PROTIDÃO PARA ATIVIDADES FÍSICA

Este questionário tem objetivo de identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início da atividade física. Caso você responda “sim” a uma ou mais perguntas, converse com seu médico ANTES de aumentar seu nível atual de atividade física. Mencione este questionário e as perguntas às quais você respondeu “sim”. Por favor, assinale “sim” ou “não” às seguintes perguntas:

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração e que só deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde? () SIM () NÃO
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física? () SIM () NÃO
3. No ultimo mês, você sentiu dores no peito quando pratica atividades físicas? () SIM () NÃO
4. Você apresenta desequilíbrio devido a tontura e/ ou perda de consciência? () SIM () NÃO
5. Você possui algum problema ósseo ou articular que poderia ser piorado pela atividade física?()SIM ()NÃO
6. Você toma atualmente algum medicamento para pressão arterial e/ou problema de coração? ()SIM ()NÃO
7. Sabe de alguma razão pela qual você não deve praticar atividade física: ()SIM ()NÃO

Assinatura: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PRATICA DA ATIVIDADE FISICA

Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido “sim” a uma ou mais perguntas do questionário acima. Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação.

Assinatura: _____