



Ficha médica confidencial

Por favor, preencha com letra legível para que possamos otimizar nossos serviços e prestar-lhes de maneira adequada e profissional.

1 - Dados pessoais

Nome:			
RG:	CPF:	Data de Nasc:	Idade:
Profissão:		Estado civil:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Altura:	Peso:	Tipo sanguíneo:

2 - Informações gerais

Tem convênio médico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Qual?	Telefone:
Titular:		Nº do título:
Possui conhecimentos de primeiros socorros?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

3 - Em caso de acidente avisar:

Nome:	Telefone:
-------	-----------

4 - Condições físicas

Atualmente grávida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acima do peso ou obeso?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Condicionamento físico:	<input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Muito Bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Ruim

5 - Histórico médico

Sofreu hospitalização nos últimos doze meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esteve nos últimos meses sob alguma forma de tratamento médico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Apresenta problema ortopédicos ou já sofreu algum tipo de fratura?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Possui alguma recomendação para casos específicos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual?	

6 - Perfil clínico (assinale se possuir algum item abaixo):

<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Dor no peito, Palpitações	<input type="checkbox"/> Problemas de pressão
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma, Bronquite, Rinite	<input type="checkbox"/> Falta de ar
<input type="checkbox"/> Tontura, Desmaios	<input type="checkbox"/> Epilepsia, Convulsões	<input type="checkbox"/> Pânico, Fobia
<input type="checkbox"/> Suores	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Ronco

As informações contidas neste questionário são um atestado de minha condição física. Tenho conhecimento que qualquer falha ou omissão destas informações poderá resultar em sérios danos pessoais a minha pessoa e aos demais participantes. Declaro não possuir condições médicas ou físicas que possam interferir na minha segurança durante as atividades que serão desenvolvidas, ou do contrário concordo em assumir todos os riscos e acidentes que possam acontecer, direta ou indiretamente por tais condições. Declaro que todas as informações prestadas por mim acima são verdadeiras, e concordo em informar a **CORTA MATO** sobre qualquer alteração em meu estado físico que por ventura venha a ocorrer.

Brasília, _____ de _____ de _____ .

ASSINATURA