 

**ASSOCIAÇÃO DE STAND UP PADDLE DO CEARÁ – ASUPCE**

**CNPJ: 97.551517/0001-00**

**QUESTIONÁRIO DE SAÚDE**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_M \_\_\_ F\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instagram: @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso você possua plano de saúde favor especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mencione um contato telefônico para caso de alguma necessidade, incluindo o grau de parentesco do nome mencionado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS DA ANAMNESE / HISTÓRICO DE SAÚDE**

Qual a data de sua última consulta médica e qual o motivo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

É portador de alguma doença sistêmica? Sim\_\_\_ Não\_\_ Em caso positivo, qual(is)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual o seu tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está sob tratamento médico atualmente? Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Especificar : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faz uso atualmente de algum medicamento? Sim\_\_\_ Não \_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui problema de alergia (iodo, penicilina, anestésico, AAS, látex, etc):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especificar em caso positivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Já fez alguma cirurgia ou foi hospitalizado(a): \_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem problemas de cicatrização? Sim\_\_ Não \_\_ ou Hemorragia? Sim\_\_\_ Não \_\_

Familiares possuem algum problema de saúde? Sim \_\_ Não\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinale se tem ou já teve:

Hemofilia AIDS Tuberculose Epilepsia Leucemia Febre Reumática Hepatite Artrite Tuberculose Gastrite Úlcera no Estômago Problema Renal Doença Venérea Diabetes Pressão Arterial Elevada Asma Problemas no Coração Derrame Cerebral Infarto do Coração Anemia Câncer Covid 19

Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso possua algum outro problema de saúde não relatado ou discutido e que considere relevante, favor informar:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fumante, etilista, usuário de drogas ou obeso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) – Responda SIM ou NÃO**
1- Algum médico já disse que você possui algum **problema de coração**e que só deveria realizar atividade física com **supervisão**de profissionais de saúde?

2- Você sente dores no peito ou sensação de peso ou **palpitações**quando pratica atividade física?

3- No último mês, você sentiu dores ou algum **mal**-**estar**no peito quando praticava atividade física?

4-.Você apresenta **desequilíbrio**devido à tontura e/ou perda de consciência?

5-.Você possui algum **problema ósseo**/articular ou **muscular**que poderia piorar pela atividade física?

6-.Você toma atualmente algum medicamento para **pressão arterial**e/ou outro problema de **coração**?

7-.Sabe de algum outro motivo pelo qual você não deve realizar atividade física?

**Caso você tenha conhecimento que possui qualquer problema de saúde que precise de alguma avaliação médica, não participe do MolokaBRA sem a realização de prévia e criteriosa avaliação médica, especialmente se você tem mais de 40 anos de idade.**

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ASSINATURA DO(A) ATLETA) Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**ENVIAR 1 E 20 DE JULHO DE 2025 PARA O EMAIL**

**credenciamento@molokabra.com.br**