

FICHA DE ANAMNESE
ACADEMIA ESCOLA FG



Nome:		Matrícula nº:
Curso:	Semestre:	
Tipo: () Aluno () Atleta () Funcionário () Professor () Ex-Aluno () Pais de Aluno		
Data Nascimento:		
Endereço:		
Telefone(s):		E-mail:
Telefone em caso de Emergência:		Responsável em caso de Emergência:

1. Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem?

() NÃO () SIM

2. Um médico já disse que você tinha os problemas que se seguem? (S/N)

- () Doença cardíaca coronariana
() Derrame cerebral
() Epilepsia
() Colesterol elevado
() Diabetes
() Asma
() Bronquite
() Enfisema
() Hipertensão
() Câncer

() Angina (dor no peito)

() Distúrbios da Tireoide

3. Possui algum dos sintomas abaixo? (S/N)

- () Dor nas costas
() Dor nas articulações, tendões ou músculo

Por favor, explique:

4. Liste os medicamentos que você está tomando (nome e motivo)

5. Algum parente próximo teve ataque cardíaco ou outro problema relacionado com o coração?

() NÃO () SIM

6. Você fuma?

() NÃO

() SIM. ____ cigarros por dia

7. Atualmente você tem praticado algum exercício físico?

a. Se sim, especifique:

b. Quantas vezes por semana?

() 1 vez

() 2 vezes

() 3 vezes

8. Quantas horas por dia você dorme?

a. Você acorda descansado?

() Sim () Não

9. Com que frequência você sente algum desses sintomas?

Fica irritado(a) com facilidade

() sempre () as vezes () nunca

Mau humor

() sempre () as vezes () nunca

Dor de cabeça

() sempre () as vezes () nunca

Desânimo

() sempre () as vezes () nunca

10. Quais são os seus objetivos ingressando na academia?

() perder peso

() melhorar a aptidão cardiovascular

() melhorar a flexibilidade

() ganho de massa muscular

() reduzir as dores nas costas

() qualidade de vida

() parar de fumar

() diminuir o colesterol

() controle da diabetes

() outro(especifique): _____

Declarações:

1) Declaro ter lido o presente **REGULAMENTO DA ACADEMIA ESCOLA FG**, e tendo compreendido e concordado com todos os seus termos, me submeterei às disposições nele contidas, razão pelo qual solicito minha inscrição para utilização da Academia Escola FG;

2) Declaro para fins de participação na Academia Escola FG, que estou em plenas condições de saúde, estando apto a realizar atividades físicas, conforme comprova o Atestado Médico anexo, bem como que não sou portador de nenhuma moléstia infecto contagiosa que possa prejudicar os demais frequentadores, isentando a mantenedora da Faculdade dos Guararapes (SOSEC) e prestadora de serviços na gestão da academia de quaisquer responsabilidades inerentes à minha saúde;

3) Declaro a precisão de todas as informações fornecidas, comprometendo-me a avisar este departamento em caso de alguma alteração que possa comprometer a prática dos exercícios físicos recomendados.

Jaboatão dos Guararapes, ____/____/____

ASSINATURA

PA repouso _____ x _____ Peso: _____ Kg Estatura: _____ m IMC: _____ IAC: _____ %

Tórax		Antebraço		
Cintura		Braço		
Abdome		Coxa		
Quadril		Panturrilha		

MASCULINO		FEMININO	
Tórax		Tricipital	
Coxa		Supra-iliaca	
Abdominal		Coxa	

Perímetros:

Gordura
Atual: _____ %
Peso Gordo: _____ Kg
Peso Magro: _____ Kg
Peso Ideal: _____ Kg

Neuromotores:

Flexões:	Classificação:
Abdominal:	Classificação:

Teste de Banco do Queen's College – McArdle

FCinicial	
FCfinal	
VO2 MÁX	

Teste de Flexibilidade: *banco de Wells.*

Centímetros:	Classificação:
--------------	----------------

Avaliador(a):

Nome:			
Data:		Horário	

Reavaliação Física



PA repouso _____ x _____ Peso: _____ Kg Estatura: _____ m IMC: _____ IAC: _____ %

Tórax		Antebraço		
Cintura		Braço		
Abdome		Coxa		
Quadril		Panturrilha		

MASCULINO		FEMININO	
Tórax		Tricipital	
Coxa		Supra-iliaca	
Abdominal		Coxa	

Perímetros:

Gordura
Atual: _____ %
Peso Gordo: _____ Kg
Peso Magro: _____ Kg
Peso Ideal: _____ Kg

Neuromotores:

Flexões:	Classificação:
Abdominal:	Classificação:

Teste de Banco do Queen's College – McArdle

FCinicial	
FCfinal	
VO2 MÁX	

Teste de Flexibilidade: *banco de Wells.*

Centímetros:	Classificação:
--------------	----------------

Avaliador(a):

Nome:			
Data:		Horário	



