

OLIMPIADAS ESCOLARES 2011

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO

ANAMNESE

DATA DO EXAME: ___/___/___

IDENTIFICAÇÃO/

NOME: _____ DATA NASC: ___/___/___

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____ FONE RES: _____ CEL: _____

HISTÓRIA PATOLÓGICA

CIRURGIAS: _____

DOENÇAS / SINTOMAS: _____

LESÕES: _____ () PERMANECE COM A LESÃO?

MEDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____ TPM: _____ OUTROS: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: () SIM () NÃO QUAIS: _____

FAMILIAR/ CARDIOPATIA: _____ **HIPERTENSÃO:** _____

Um Médico já lhe disse que a sua pressão arterial é muito baixa ou alta? () SIM () NÃO

Você sente dores no coração ou no peito? () SIM () NÃO

FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CORONARIANA

() Diabetes Mellitus () Histórico familiar () Sedentarismo () Contraceptivo oral () Fumo

() Hiperlipidemias () Hipertensão Arterial () Estresse () Menopausa () Outros

Marque com um X caso:

() Pratica algum esporte? Quanto tempo? _____

() Sente dores musculares? Qual período do dia? _____

() Sente dores musculares durante os exercícios? Local? _____

() Sente dores musculares após os exercícios? Local? _____

() Possui algum desvio na coluna ou problemas nas articulações?

Qual? _____

Autorizo, _____ a participar das Olimpíadas Escolares do Estado de Goiás / 2011, isentando seus organizadores e patrocinadores de qualquer responsabilidade no caso de acidentes ou doenças preexistentes que possam vir a ocorrer ou se manifestar.

Nome do pai ou responsável

Assinatura do pai ou responsável

Identidade:

CPF: