

FICHA MÉDICA
LEGEND UPHILL ULTRAMARATHON - 70 K - 2018

NOME _____

CPF _____

PESO _____

ALTURA _____

ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA (data) _____

FREQUÊNCIA CARDÍACA _____

GRUPO SANGUÍNEO _____

* Assinale SIM ou NÃO e complete os campos caso necessário.

TEM TREINADOR	SIM	NÃO	FEZ AVALIAÇÃO ESPORTIVA	SIM	NÃO
DIABETES			ANSIEDADE		
ARRITIMIA (alteração nos batimentos do coração)			SÍNCOPE (perda dos sentidos)		
HIPERTENÇÃO			ANEMIA		
DOENÇAS CRÔNICAS			LESÃO GRAVE		
LESÃO CRÔNICA			CIRÚRGIAS		
CONVULSÕES			FEZES COM SANGUE		
CEFALÉIAS (dor de cabeça intensa)			SANGUE NA URINA		
DESMAIOS			HÉRNIAS		
DOR NO TÓRAX			PROBLEMAS MENSTRUAIS		
DOR ARTICULARES			DOR DE ESTÔMAGO		
VÔMITO COM SANGUE			EXPECTORAÇÃO COM SANGUE		

ALERGIAS () SIM: QUAIS _____ () NÃO

TOMA MEDICAMENTOS () SIM - QUAIS _____ () NÃO

PROBLEMAS DE SAÚDE () SIM - QUAIS _____ () NÃO

ÚLTIMA PROVA QUE PARTICIPOU: NOME _____

MÊS _____

QUILOMETRAGEM PERCORRIDA _____

Maceió, 25 de setembro de 2018.

ASSINATURA _____