

FICHA DE ANAMNESE

Nome:

Idade:

Data de Nascimento

Peso:

Altura

IMC

Impulsão Verical :

--	--	--

Impulsão Horizontal :

--	--	--

Faz uso de algum medicamento? Sim () Não ()

Qual(is): _____

Tem alguma alergia? Sim () Não ()

Qual(is): _____

Tem alguma doença pré existente? Sim () Não ()

Qual(is): _____

Faz alguma Atividade Física? Sim () Não ()

Qual(is): _____

Quantas vezes por semana ? _____

Em caso de emergência avisar: _____

Tel(s) para contato: _____

OBSERVAÇÕES : _____
