

**CURSO DE PÁRA-QUEDISMO CIVIL**  
**ACCELERATED STATIC LINE ( ASL ) / ACCELERATED FREEFALL ( AFF )**

Do Instrutor: Josué Gonçalves da Silva

CBPq: 12.499 - E

Ao Sr.(a) Médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_

**ANAMINESE CLÍNICA**

**Aluno:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

1- Possui algum problema de visão? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

2- Possui algum problema auditivo? Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

3- Sofreu algum acidente ou traumatismo? Sim ( ) Não ( ) data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

4- Apresenta seqüela permanente de traumatismo? Sim ( ) Não ( )

5- Alguma vez ficou inconsciente? Sim ( ) Não ( ) Qual o motivo? \_\_\_\_\_

6-

Possui algum problema de	Hipertensão	Doenças Cardíacas
<b>SIM</b>		
<b>NÃO</b>		

7- Tem sentido Stress / Tensão ultimamente?

( ) Não ( ) Pouco ( ) Moderadamente ( ) Muito

8- Mencione alguns sintomas que tenha sentido ultimamente.

SINTOMAS	SIM	NÃO
Depressão e Apatia		
Problemas com a Memória		
Tonturas		
Entusiasmo Súbito		
Angústia e Ansiedade		
Músculos Tensos		
Transtornos Emocionais		
Palpitações / aumento da FC		

9- Possui algum problema em sua estrutura Óssea? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

10- Possui algum problema Muscular? Sim ( ) Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

11- Possui dificuldades Emocionais? Sim ( ) Não ( )

12- Possui algum problema Psicomotor? Sim ( ) Não ( )

Condições físicas em geral: Apto: Sim ( ) Não ( ) para a prática do pára-queda

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO RESPONSÁVEL – CRM \_\_\_\_\_