



## A preencher pelo médico(a)

Caso o paciente sofra de algum item assinale ( ✓ ) por favor:

Asma \_\_\_\_\_  
Artroses (1) \_\_\_\_\_  
Pressão arterial elevada \_\_\_\_\_  
Diabetes \_\_\_\_\_  
Osteoporose (1) \_\_\_\_\_  
Incontinência \_\_\_\_\_  
Alterações mentais (2) \_\_\_\_\_

Dores no peito \_\_\_\_\_  
Problemas cardiovasculares (2) \_\_\_\_\_  
Problemas de audição \_\_\_\_\_  
Problemas de equilíbrio \_\_\_\_\_  
Problemas de visão (2) \_\_\_\_\_  
Doenças respiratórias (2) \_\_\_\_\_  
Outras (2) \_\_\_\_\_

( 1 ) Se respondeu afirmativamente, onde se localizam \_\_\_\_\_

( 2 ) Se respondeu afirmativamente, diga de que tipo \_\_\_\_\_

**Tabaco:** Nunca \_\_\_\_\_ No passado \_\_\_\_\_ Fuma \_\_\_\_\_ Quantidade \_\_\_\_\_

**Consumo de álcool:** Nada \_\_\_\_\_ Ocasionalmente \_\_\_\_\_ Frequentemente \_\_\_\_\_ Quantidade \_\_\_\_\_

Medicamentos que o paciente toma que possam influenciar a sua prestação nas aulas ou exercícios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Passado clínico que possa afectar a participação nas actividades \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Restrições/Recomendações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## Gratos pelas suas informações

Declaro que \_\_\_\_\_ tem a minha autorização para participar no programa de actividade física para a 3ª idade – **Qualidade de Vida**, com as restrições/recomendações acima citadas.

Assinatura do médico(a) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_