



DECLARACIÓN MÉDICA

INFORME DEL SOLICITANTE





(Información Confidencial)

Por favor, lea detenidamente antes de firmar.

Esta es una declaración en la que se le informa de algunos riesgos potenciales que conlleva la práctica del buceo y de la conducta que se espera de Vd. durante el programa de enseñanza del buceo. Es necesario que firme el presente documento para poder participar en el programa de entrenamiento de buceo que se ofrece

por instructor _____

y centro _____,

ubicado en la ciudad _____, País/prov. _____.

Lea detenidamente este documento antes de firmarlo. Debe completar esta Declaración Médica, que incluye la sección con el cuestionario médico, antes de comenzar el curso de buceo. Si es Vd. menor de edad, esta Declaración deberá ser firmada por padre, madre o tutor.

El buceo es una actividad al mismo tiempo divertida y exigente. Cuando se practica correctamente, aplicando las técnicas adecuadas, es relativamente seguro. Sin embargo, cuando no se siguen los procedimientos de seguridad establecidos, existen mayores riesgos.

Para practicar el buceo con seguridad, no debe tener un gran sobrepeso o estar en malas condiciones físicas. El buceo

puede exigir un gran esfuerzo físico si se presentan ciertas condiciones. Sus aparatos respiratorio y circulatorio deben estar en buenas condiciones. Todos los espacios de aire deben ser normales y sanos. Una persona con enfermedad coronaria, con resfriado o congestión, epilepsia, cualquier enfermedad grave, o que esté bajo la influencia del alcohol u otras drogas, no debe bucear. Si padece asma, enfermedad cardíaca o cualquier otra condición médica crónica o si está tomando medicamentos de forma regular, debería consultar con su médico y con su instructor antes de participar en este programa, y de forma regular después de realizarlo. También tendrá que aprender de su instructor la importancia de las reglas de seguridad relacionadas con la respiración y la compensación de los espacios de aire durante las inmersiones. El uso inadecuado del material de buceo puede provocar lesiones graves. Deberá recibir instrucción en detalle de su uso bajo la supervisión directa de un instructor cualificado para aprender a utilizar el equipo con seguridad.

Si tiene alguna pregunta adicional sobre esta Declaración Médica o sobre la sección del Cuestionario Médico, revíselas con su instructor antes de firmar este documento.

Cuestionario médico del buceador

Al participante: El propósito de este Cuestionario Médico es averiguar si debería ser examinado por su médico antes de participar en el entrenamiento de buceo recreativo. Una respuesta afirmativa a una pregunta no necesariamente le imposibilita la práctica del buceo. Una respuesta positiva significa que existe una condición previa que puede afectar a su seguridad mientras bucea, y deberá solicitar la opinión de su médico antes de participar en actividades de buceo.

Responda por favor a las siguientes preguntas sobre su historia médica pasada y presente con un **SÍ** o **NO**. Si no está seguro, responda **SÍ**. Si le son de aplicación cualquiera de los puntos, debemos pedirle que consulte con su médico antes de participar en el buceo con equipo autónomo. Su instructor le entregará una Declaración Médica RSTC y una Guía para el Reconocimiento Médico de Buceadores Recreativos para entregar a su médico.

- _____ ¿Podría estar embarazada o está intentando quedar embarazada?
- _____ ¿Está tomando actualmente cualquier tipo de medicamento que requiera receta? (excepto anticonceptivos o medicamentos contra la malaria)
- _____ ¿Tiene más de 45 años de edad y puede responder Sí a una o más de las siguientes condiciones?
 - es fumador de pipa, puros o cigarrillos
 - tiene un alto nivel de colesterol
 - tiene antecedentes familiares de ataques cardíacos o embolias
 - está recibiendo actualmente tratamiento médico
 - presión sanguínea elevada
 - diabetes, incluso si es controlada sólo con la dieta

- _____ historia de desmayos o desvanecimientos (pérdida total o parcial de la consciencia)?
- _____ mareos frecuentes o graves asociados al transporte en coche o barco?
- _____ disenteria o deshidratación que requiera intervención médica?
- _____ cualquier accidente de buceo o enfermedad descompresiva?
- _____ incapacidad de hacer ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1 km. y medio / una milla en 12 minutos)?
- _____ lesiones de cabeza con pérdida de conocimiento en los últimos cinco años?
- _____ problemas de espalda recurrentes?
- _____ cirugía en la espalda o en la columna vertebral?
- _____ diabetes?
- _____ problemas en piernas, brazos o espalda tras operaciones quirúrgicas, heridas o fracturas?
- _____ alta presión arterial o toma medicación para el control de la hipertensión?
- _____ enfermedad cardiovascular?
- _____ ataques cardíacos?
- _____ angina de pecho o cirugía cardíaca o cardiovascular?
- _____ cirugía de senos?
- _____ enfermedad o cirugía de los oídos, pérdida de la audición o problemas con el equilibrio?
- _____ problemas de oídos recurrentes?
- _____ hemorragias u otros problemas sanguíneos?
- _____ hernia?
- _____ úlceras o cirugía relacionada con éstas?
- _____ colostomía o ileostomía?
- _____ uso de drogas como diversión o tratamiento para solucionarlo, o alcoholismo en los últimos cinco años?

¿Ha padecido en alguna ocasión o padece en este momento...

- _____ asma, silbidos respiratorios, jadeo intenso con el ejercicio?
- _____ ataques de fiebre al heno u otras alergias graves o frecuentes?
- _____ resfriados, bronquitis o sinusitis frecuentes?
- _____ cualquier tipo de enfermedad pulmonar?
- _____ neumotórax (colapso pulmonar)?
- _____ otra enfermedad o cirugía torácica?
- _____ problemas de comportamiento, salud mental o psicológicos (ataque de pánico, miedo a espacios cerrados o abiertos)?
- _____ epilepsia, ataques, convulsiones o ha tomado medicación para evitarlas?
- _____ migrañas o cefaleas recurrentes complicadas o toma medicación para evitarlas?

La información que he facilitado sobre mi historia médica es exacta a mi mejor entender. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por las omisiones relativas a un fallo al reconocer cualquier condición actual o pasada relacionada con mi salud.

_____ Firma _____ Fecha _____ Firma de padres o tutor _____ Fecha _____



DECLARACIÓN MÉDICA

ALUMNO

Por favor, escriba con claridad.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

(día / mes / año)

Dirección _____

Ciudad/Provincia _____

País _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono de trabajo _____

E-mail _____ FAX _____

Nombre y dirección de su médico de cabecera o de primera asistencia

Nombre _____ Hospital o clínica _____

Dirección _____

Fecha del último reconocimiento médico _____

Nombre del médico que lo efectuó _____ Hospital o clínica _____

Dirección _____

Teléfono _____ E-mail _____

¿Se le ha solicitado en alguna ocasión un reconocimiento médico para buceo? Sí No ¿Cuándo? _____

MÉDICO

El portador de este documento solicita recibir instrucción de buceo recreativo, o posee la titulación necesaria para la práctica de esta actividad. Se requiere su opinión sobre la idoneidad de esta persona para la práctica del buceo recreativo.

Dictamen del médico

- No he hallado enfermedades o lesiones incompatibles con la práctica del buceo recreativo.
- No puedo recomendar la práctica del buceo al interesado.

Observaciones _____

Firma del médico _____ Fecha _____

(día / mes / año)

Nombre _____ Hospital o clínica _____

Dirección _____

Teléfono _____ E-mail _____