



# 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 \_\_\_\_\_ y  
instructor \_\_\_\_\_, ubicado en la ciudad \_\_\_\_\_, País/prov. \_\_\_\_\_  
centro \_\_\_\_\_.

Lea detenidamente este documento antes de firmarlo, y haga las preguntas que considere convenientes antes de firmarlo. Debe completar esta Declaración Médica, incluida la sección con su historia médica, 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 muy seguro. Cuando no se siguen los procedimientos de seguridad establecidos, pueden presentarse determinados riesgos.

Para practicar el buceo con seguridad, no debemos tener un gran sobrepeso o estar en malas condiciones físicas. El buceo es una actividad que exige a veces un gran esfuerzo físico. Sus aparatos respiratorio y circulatorio deben estar en buenas condiciones. Todos los espacios de aire deben ser normales y sanos. Una persona con problemas cardíacos, con resfriado o congestión, epilepsia, asma, cualquier enfermedad grave, o bajo la influencia del alcohol u otras drogas, no debe bucear. Si está tomando cualquier tipo de medicación, debe consultar con su médico y con su instructor antes de participar en este programa. También tendrá que aprender de su instructor la importancia de las reglas de seguridad que regulan la respiración y la compensación de los espacios de aire durante las inmersiones. El uso inadecuado del material de buceo puede provocar lesiones graves. Vd. 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 la sección de Historia Médica, revíselas con su instructor antes de firmar este documento.

**HISTORIA MÉDICA AL PARTICIPANTE:**

El propósito de este cuestionario médico es averiguar si debería ser Vd. examinado por un médico antes de iniciar la práctica del buceo recreativo. Una respuesta afirmativa a una pregunta no necesariamente le imposibilita la práctica del buceo. Ello únicamente implica que existe una condición previa que puede afectar a su seguridad si bucea, y deberá solicitar la opinión de su médico.

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

- \_\_\_\_\_ ¿Podría estar embarazada o está intentando quedar embarazada?
- \_\_\_\_\_ ¿Toma habitualmente cualquier tipo de medicamento (con o sin receta)? (excepto anticonceptivos)
- \_\_\_\_\_ ¿Tiene más de 45 años de edad y cumple alguna 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

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

- |  |   |
|--|---|
| _____ asma, silbidos respiratorios, jadeo intenso con el ejercicio?                        | _____ problemas en piernas, brazos o espalda tras operaciones quirúrgicas, heridas o fracturas?   |
| _____ ataques de alergia graves o frecuentes?  | _____ incapacidad de hacer ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1 km. y medio en 12 minutos)? |
| _____ resfriados, bronquitis o sinusitis frecuentes?                                       | _____ alta presión arterial o medicación para el control de la hipertensión?                      |
| _____ cualquier tipo de enfermedad pulmonar?   | _____ cualquier tipo de enfermedad cardiovascular?  |
| _____ neumotorax (colapso pulmonar)?   | _____ ataques cardíacos?  |
| _____ cirugía torácica?  | _____ angina de pecho o cirugía cardíaca o cardiovascular?  |
| _____ claustrofobia o agorafobia (miedo a espacios cerrados o abiertos)?                   | _____ cirugía de oído o senos?  |
| _____ alteraciones de la conducta?   | _____ enfermedad de los oídos, pérdida de la audición o problemas con el equilibrio?              |
| _____ epilepsia, tetanias, convulsiones o ha tomado medicación para evitarlas?             | _____ problemas para compensar los oídos (taponamiento) al ascender a montañas o viajar en avión? |
| _____ migrañas o cefaleas recurrentes o ha tomado medicación para evitarlas?               | _____ hemorragias u otros problemas sanguíneos?   |
| _____ historia de desmayos o desvanecimientos (pérdida total o parcial de la consciencia)? | _____ algún tipo de hernia?   |
| _____ mareos frecuentes asociados al transporte en coche o barco?                          | _____ úlceras o cirugía relacionada con éstas?  |
| _____ accidentes de buceo o enfermedad descompresiva?                                      | _____ colostomía?   |
| _____ problemas de espalda recurrentes   | _____ adicción al alcohol u otras drogas?   |
| _____ cirugía en la espalda?   |   |
| _____ diabetes?  |   |

**La información que he facilitado sobre mi historia médica responde a la realidad, a mi mejor entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma de padres o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN MÉDICA

### ALUMNO

Por favor, escriba con claridad.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Ciudad/Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

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

Doctor \_\_\_\_\_ Hospital o clínica \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del último reconocimiento médico \_\_\_\_\_

Nombre del médico que lo efectuó \_\_\_\_\_ Hospital o clínica \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_

He leído la Guía del Reconocimiento Médico para Buceadores.

Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Hospital o clínica \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_