



# 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.

- \_\_\_\_\_ ¿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

**¿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?
- \_\_\_\_\_ historia de desmayos o desvanecimientos (pérdida total o parcial de la consciencia)?

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.

- \_\_\_\_\_ 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?

**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