



Apellidos _____ Nombre _____ M.I. _____ Calle _____
 Fecha de Nacimiento _____ Ciudad _____ Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono Móvil _____

INFORME MÉDICO

REGISTRO DEL PACIENTE - INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por favor, leer cuidadosamente antes de firmar

En el presente informe se exponen algunos de los riesgos potenciales que implica la apnea y el buceo autónomo, y el comportamiento que se espera de ti durante el programa de formación de apnea y/o buceo. Es necesario que firmes este informe para poder participar en el programa de formación de apnea y/o buceo organizado por:

(Instructor) _____ y (Centro) _____ Ciudad _____ Provincia _____

Lee y comenta el informe antes de firmarlo. Para poder inscribirte en el programa de formación, tienes que rellenar este informe médico, que incluye la sección del historial médico. Para menores de edad, el informe debe ir firmado por uno de sus padres.

El buceo es una actividad apasionante y exigente. Cuando se realiza correctamente, aplicando las técnicas adecuadas, es muy seguro. Sin embargo, cuando se siguen los procedimientos de seguridad establecidos, existen ciertos riesgos.

Para practicar la apnea o el buceo autónomo

de forma segura, no debes tener un excesivo sobrepeso ni estar en baja forma física. Bajo ciertas circunstancias, el buceo puede ser extenuante. Tus sistemas respiratorio y circulatorio deben funcionar bien. Todos los espacios huecos del organismo deben estar en buen estado. No debería bucear toda aquella persona que tenga problemas cardíacos, un resfriado o congestión común, epilepsia, asma otro problema médico grave, o esté bajo la influencia del alcohol o drogas. Si estás tomando medicación, consulta a tu médico y al Instructor antes de participar en este programa. Tu Instructor

también te enseñará las importantes normas de seguridad relacionadas con la respiración y la compensación durante la práctica de la apnea y/o el buceo autónomo. Un uso inadecuado del equipo de apnea y/o buceo autónomo puede producir lesiones graves. Para usarlo de forma segura, debes aprender meticulosamente su correcta utilización bajo la supervisión directa de un Instructor cualificado.

Si tienes alguna duda o pregunta relacionada con este Informe Médico o con la sección del Historial Médico, consulta a tu Instructor antes de firmar.

HISTORIAL MÉDICO

TO THE PARTICIPANT:

El objetivo de este cuestionario médico es saber si debes ser examinado por un médico antes de participar en la formación de la apnea y/o del buceo recreativo. Una respuesta afirmativa a alguna de las preguntas no te descalifica necesariamente del buceo. Dicha respuesta indica que existe una condición previa que puede afectar a tu seguridad durante el buceo, y debes consultar a tu médico a ese respecto.

Por favor, responde SI o NO a las siguientes preguntas sobre tu historial médico pasado o presente. Si no estás seguro, responde SI. Si estás incluido en alguna de estas situaciones, debemos pedirte que consultes a un médico antes de practicar la apnea y/o el buceo autónomo. Tu Instructor te proporcionará un informe médico y una guía para efectuar un reconocimiento médico específico para la Apnea Recreativa y Buceo Autónomo Recreativo, documentos que deberás entregar al médico.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ¿Estás embarazada, o sospechas que podrías estarlo? | <input type="checkbox"/> ¿Tienes más de 45 años y estás incluido en alguna de las siguientes condiciones? | <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de infarto o ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> ¿Tomas regularmente medicación, con o sin prescripción médica? (excepto control de embarazo) | <input type="checkbox"/> Fumar regularmente en pipa, cigarrillos o puros | <input type="checkbox"/> Recibes actualmente un tratamiento médico |
| | <input type="checkbox"/> Alto nivel de colesterol | <input type="checkbox"/> Tensión arterial alta |
| | | <input type="checkbox"/> Diabetes, incluso si se controla solo con la dieta |

HATTEN SIE IN DER VERGANGENHEIT EINE DER NACHFOLGEND AUFGEFÜHRTEN KRANKHEITEN ODER LEIDEN SIE MOMENTAN AN ...

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma, o silbidos al respirar o al hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Sufres con frecuencia mareos (al viajar en barco, coche, etc.) | <input type="checkbox"/> Historial de tensión arterial alta o medicación para controlar la tensión |
| <input type="checkbox"/> Ataques graves o frecuentes de alergia o fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Disentería o deshidratación que requiere intervención médica | <input type="checkbox"/> Historial de trastornos cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Frecuentes resfriados, sinusitis o bronquitis | <input type="checkbox"/> Historial de accidentes de buceo o enfermedad de descompresión | <input type="checkbox"/> Historial de infarto |
| <input type="checkbox"/> Algún tipo de trastorno pulmonar | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza con pérdida de conocimiento en los últimos cinco años | <input type="checkbox"/> Angina de pecho o cirugía en vasos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Neumotórax (colapso pulmonar) | <input type="checkbox"/> Historial de trastornos recurrentes de espalda | <input type="checkbox"/> Historial de cirugía en oídos o senos |
| <input type="checkbox"/> Historial de operaciones del pecho | <input type="checkbox"/> Historial de cirugía de espalda | <input type="checkbox"/> Historial de trastornos de oído, pérdida de audición, o problemas para compensar (destaponar) oídos al viajar en avión o por una montaña |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental, psicológicos o mentales (ataque de pánico, miedo a espacios cerrados o abiertos) | <input type="checkbox"/> Historial de diabetes | <input type="checkbox"/> Historial de hemorragias u otros trastornos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia, ataques, convulsiones, o medicación preventiva | <input type="checkbox"/> Historial de trastornos de espalda, brazos, o piernas siguientes a una operación, lesión o fractura | <input type="checkbox"/> Historial de algún tipo de hernia |
| <input type="checkbox"/> Migraña o dolor de cabeza recurrente, o medicación preventiva | <input type="checkbox"/> Incapacidad de efectuar ejercicio moderado (correr 1,6 kilómetros en 12 minutos) | <input type="checkbox"/> Historial de úlceras o cirugía de úlcera |
| <input type="checkbox"/> Historial de desmayos o vahídos (pérdida total/parcial del conocimiento) | | <input type="checkbox"/> Historial de colostomía (cirugía de colon) |
| | | <input type="checkbox"/> Historial de abuso de drogas o alcohol |

La información aportada sobre mi historial médico es exacta según mi saber y entendimiento. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por omisiones respecto a cualquier condición referente a mi salud ya sea existente o anterior.

Firma _____ Fecha (DD/MM/AA) _____ Firma de los Padres o el Tutor _____ Firma (DD/MM/AA) _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono Móvil _____ Teléfono Fijo _____