



Informe médico – Registro del participante (información confidencial)



Lea detenidamente antes de firmar.

El presente es un informe en el cual se le comunican algunos riesgos potenciales involucrados en el buceo equipo autónomo y de la conducta que se requiere de usted durante el programa de entrenamiento con equipo autónomo. Su firma en este informe es obligatoria para que pueda participar en el programa ofrecido de entrenamiento con equipo autónomo. Además, si su estado de salud cambia en algún momento durante el transcurso de su programa de equipo autónomo, es importante que informe a su instructor de inmediato.

Lea este informe antes de firmarlo. Debe rellenar este Informe médico, el cual incluye la sección del cuestionario médico, para inscribirse en el programa de entrenamiento con equipo autónomo. Si es menor de edad, su padre, madre o tutor debe firmar este Informe. El buceo es una actividad emocionante y exigente. Cuando se desempeña correctamente, aplicando técnicas correctas, es relativamente segura. No obstante, cuando no se siguen los procedimientos de seguridad establecidos, existen mayores riesgos.

Para bucear con equipo autónomo de manera segura, no debe tener sobrepeso extremo y debe tener una buena condición física. El buceo puede ser agotador

bajo ciertas circunstancias. Sus sistemas respiratorio y circulatorio deben tener buena salud. Todos los espacios de aire deben ser normales y saludables. Una persona con enfermedad coronaria, un resfriado o congestión actual, epilepsia o un problema médico grave o quien se encuentre bajo la influencia del alcohol o de drogas no debe bucear. Si tiene asma, cardiopatías, otros problemas médicos crónicos o si toma medicamentos con regularidad, debe consultar con su médico y el instructor antes de participar en este programa, y con regularidad después de que lo termine. También aprenderá con el instructor las reglas importantes de seguridad relacionadas con la respiración y la compensación mientras se bucea con equipo autónomo. El uso inadecuado del equipo autónomo puede tener como resultado una lesión grave. Debe recibir instrucciones completas sobre su uso, bajo la supervisión directa de un instructor calificado para usarlo con seguridad.

Si tiene cualquier pregunta adicional acerca de este Informe médico o de la sección del Cuestionario médico, consulte con su instructor antes de firmar.

Cuestionario médico para buceadores

Al participante:

El propósito de este Cuestionario médico es descubrir si debe ser examinado por su médico antes de participar en el entrenamiento como buceador recreativo. Una respuesta afirmativa a una pregunta no necesariamente lo descalifica del buceo. Una respuesta afirmativa significa que tiene una afección preexistente que puede afectar su seguridad mientras bucea y que debe buscar la asesoría de su médico antes de participar en las actividades del buceo.

Responda con un SÍ o un NO las siguientes preguntas sobre su historial médico pasado y presente. Si no está seguro, responda que SÍ. Si alguna de estas situaciones se aplica a usted, debemos solicitar que consulte con un médico antes de participar en el buceo con equipo autónomo. Su instructor le proporcionará el Informe médico y las pautas de la RSTC para el examen físico del buceador recreativo con equipo autónomo, para que se lo lleve a su médico.

- ____ ¿Podría estar embarazada, o está intentando quedarse embarazada?
- ____ ¿Toma actualmente medicamentos de receta? (con la excepción de píldoras anticonceptivas o contra la malaria)
- ____ ¿Tiene más de 45 años de edad y puede responder que SÍ a una o más de las siguientes preguntas?
 - Actualmente fuma pipa, puros o cigarrillos
 - Actualmente recibe atención médica
 - Tiene alto el nivel de colesterol
 - Tiene la tensión arterial alta
 - Tiene antecedentes familiares de ataques cardíacos o derrames cerebrales
 - Tiene diabetes mellitus, aunque la tenga controlada solamente con dieta

Indique si ha tenido o si tiene actualmente...

- ____ Asma o jadeos al respirar o jadeos al hacer ejercicio.
- ____ Ataques frecuentes o intensos de fiebre del heno o de alergias.
- ____ Resfriados, sinusitis o bronquitis frecuentes.
- ____ Cualquier tipo de enfermedad pulmonar.

- ____ Neumotórax (pulmón colapsado).
- ____ Otra enfermedad del pecho o cirugía del pecho.
- ____ Problemas de salud conductual, mentales o psicológicos (ataques de pánico, miedo a los espacios abiertos o cerrados).
- ____ Epilepsia, ataques, convulsiones o toma medicamentos para prevenirlos.
- ____ Migrañas o dolores de cabeza complicados y recurrentes, o toma medicamentos para prevenirlos.
- ____ Desvanecimientos o desmayos (pérdida de la consciencia completa o parcial).
- ____ Mareos frecuentes o intensos (en el mar, en el coche, etc.).
- ____ Disenteria o deshidratación que requiere intervención médica.
- ____ Algún accidente de buceo o enfermedad de la descompresión.
- ____ Incapacidad de realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1.6 km/una milla en menos de 12 minutos).
- ____ Lesión en la cabeza con pérdida de la consciencia en los últimos cinco años.
- ____ Problemas de espalda recurrentes.

- ____ Cirugía en la espalda o en la columna vertebral.
- ____ Diabetes.
- ____ Problemas de espalda, brazos o piernas después de una cirugía, lesión o fractura.
- ____ Alta tensión arterial o toma medicamentos para controlar la presión sanguínea.
- ____ Cardiopatía.
- ____ Ataque cardíaco.
- ____ Angina, cirugía de corazón o cirugía en los vasos sanguíneos.
- ____ Cirugía de senos nasales.
- ____ Enfermedad o cirugía en los oídos, pérdida de audición o problemas con el equilibrio.
- ____ Problemas recurrentes en el oído.
- ____ Hemorragias u otros trastornos en la sangre.
- ____ Hernia.
- ____ Úlceras o cirugía de úlcera.
- ____ Colostomía o ileostomía.
- ____ Uso de drogas recreativas o tratamiento para las mismas, o alcoholismo en los últimos cinco años.

La información que he proporcionado acerca de mi historial médico es precisa a mi mejor saber y entender. Confirmando que es mi responsabilidad informar a mi instructor de todos los cambios que se produzcan en mi historial médico en cualquier momento de mi participación en programas de scuba. Acuerdo aceptar la responsabilidad de no divulgar algún problema de salud, existente o pasado, o de no informar de los cambios que se produzcan.

Firma del participante

Fecha (día/mes/año)

Firma del padre o tutor (donde corresponda)

Fecha (día/mes/año)

ALUMNO

Por favor, escriba con claridad.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
(día / mes / año)

Dirección _____

Ciudad/Provincia _____

País _____ Código postal _____

Tel. particular () _____ Tel. 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 _____