

De acuerdo con el cumplimiento del DEBER DE INFORMACIÓN AL USUARIO, (Art.8 Capt. II de la Orden del 20/03/2003, conjunta de la Consejería de Turismo y Deporte y de Medio Ambiente, de la Junta de Andalucía.)

Esta es una declaración en la que se le informa de las prácticas establecidas de buceo seguro, para buceo en snorkel, en apnea y con equipo autónomo, en adelante buceo cuando nos refiramos a las tres modalidades. Se detallarán las condiciones particulares nombrando específicamente cada una de las modalidades, para las actividades a seguir en el Centro de buceo Isub. Indalosub S.L. Empresa registrada en el REAT de la Consejería de Turismo y Deporte de la Junta de Andalucía con el nº: AT/AL/ 00008, como empresa dedicada a las actividades subacuáticas deportivas y recreativas.

Estas prácticas se han recopilado para su repaso y conocimiento, y pretenden incrementar su comodidad y seguridad en el buceo. Se requiere su firma de esta declaración como prueba de que tiene conocimiento de estas prácticas de buceo seguro.

**Ponemos también a su disposición, la lista de precios actualizada por nuestros servicios ofertados.** <http://www.isubsanjose.com/esp/htm.html/tarifas>

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

C/ \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

Telf.Móvil \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nº Carnet buceo/Organización \_\_\_\_\_ Nº Póliza \_\_\_\_\_ Aseguradora \_\_\_\_\_ Caducidad \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_

**Entiendo que como buceador debería:**

1. Mantenerme en buena forma física y mental para bucear. Evitar bucear bajo la influencia del alcohol o drogas peligrosas. Conservar un buen nivel en las destrezas de buceo, y repasándolas en condiciones controladas después de un periodo de inactividad en buceo. Además, entiendo que bucear en apnea y con aire comprimido implica ciertos riesgos inherentes; que pueden ocurrir lesiones disbáricas como enfermedad descompresiva, embolismo, u otras, que requieren tratamiento en cámara hiperbárica. También entiendo que el buceo es una actividad que requieren esfuerzo físico, de modo que si me lesiono como consecuencia de un ataque cardíaco, pánico, hiperventilación, etc., asumo el riesgo de dichas lesiones.
2. Si las condiciones de buceo son peores o muy diferentes a que aquellas bajo las que buceo normalmente, posponer el buceo o buscar una zona alternativa con mejores condiciones. Tomar parte sólo en actividades de buceo acordes a mi entrenamiento y experiencia.
3. Utilizar un equipo fiable, completo y en buen estado, con el que esté familiarizado; inspeccionarlo antes de cada inmersión para comprobar su correcto funcionamiento y condición. También entiendo y afirmo que respetaré las normas de seguridad, las que **mi titulación y seguro de accidentes y responsabilidad civil** me permiten y no sobrepasaré ningún límite legal. Si buceo con equipo autónomo además impedir el uso de mi equipo a buceadores no certificados, disponer siempre que bucee, de un dispositivo para el control de la flotabilidad, un manómetro. y **dos segundas etapas** en el regulador todo ello según la normativa de seguridad actualmente vigente, para el ejercicio de Actividades Subacuáticas (**Orden del Ministerio de Fomento del 14/10/97, publicada en BOE el 22/11/97**).
4. Escuchar atentamente las directrices y briefings de buceo y respetar el consejo de aquellos que supervisen mis actividades de buceo. Reconocer que se recomienda entrenamiento adicional para participar en actividades de buceo de especialidad, en otras zonas geográficas y después de periodos de inactividad superiores a seis meses.
5. Cumplir con el sistema de compañeros en cada inmersión. Planificar las inmersiones con mi compañero (incluyendo las técnicas de comunicación para reunirse en caso de separación, y los procedimientos de emergencia, en apnea acordando tiempos y profundidades máximas para la correcta realización de la seguridad).
6. En buceo autónomo, demostrar competencia en el empleo de tablas u ordenador de buceo. Realizar los buceos sin descompresión evitando los límites. Disponer de medios para controlar profundidad y tiempo bajo el agua. Limitar la profundidad máxima a mi nivel de entrenamiento y experiencia. Realizar el ascenso a una velocidad menor de 18 metros por minuto. Realizar una parada de seguridad, a 5 metros durante al menos 3 minutos. Mantener la flotabilidad adecuada. Ajustar el peso en la superficie para mantener flotabilidad neutra con el compensador de flotabilidad deshinchado. Mantener flotabilidad neutra bajo el agua. Establecer la flotabilidad necesaria para nadar en superficie y descansar. Tener el lastre accesible para poder desprenderme de él fácilmente si me encuentro en peligro al bucear. Nunca aguantar la respiración cuando respire aire comprimido. Evitar esfuerzos excesivos mientras me encuentre en el agua, bajo ella y bucear dentro de mis limitaciones.
7. En buceo en apnea, estar familiarizado con el uso de una adecuada respiración antes (2-4 respiraciones completas máximo para no hiperventilar, no carpar) y después de la apnea (mínimo tres inspiraciones máximas con exhalación pasiva), además de los tiempos de recuperación en superficie, en función del tiempo empleado y de la profundidad máxima alcanzada (el doble del tiempo de inmersión hasta 30 m, la división de la profundidad máxima alcanzada entre 5 si es igual o superior a 30 metros). Mantener flotabilidad positiva siempre en superficie, y adecuar el lastre para tener flotabilidad neutra a 10 metros o a un tercio de la profundidad máxima planificada con los pulmones llenos. Evitar esfuerzos excesivos mientras me encuentre en el agua y bajo ella y bucear dentro de mis limitaciones. Utilizar los mismos protocolos que para volar antes de hacer apnea después de haber realizado buceo con equipo autónomo.
8. Conocer y obedecer las normas y regulaciones locales de buceo. Afirmo que he sido informado y conozco las leyes y regulaciones de buceo locales y que al realizar mis inmersiones dentro del ámbito del "Parque Natural de Cabo de Gata-Níjar", respetare las normas marcadas por el **Decreto 418/1994 de 25 de octubre del Plan de Ordenación de los Recursos Naturales y Plan Rector de Uso y Gestión del P.N. de Cabo de Gata-Níjar, publicado en BOJA nº 203 del 22/12/94**. Comprometiéndome a respetar el medio marino:  
**-Bucear con flotabilidad adecuada para no tocar, ni dañar los fondos.                      - No tirar basuras ni residuos.**  
**-Respetar la vida subacuática.    - No llevarme ningún recuerdo de los fondos.**
9. Confirmo que estoy en posesión del certificado médico que me declara como apto para esta actividad en cumplimiento de la legislación vigente.
10. No he tenido síntomas de tener el COVID-19 en los últimos 14 días, ni he estado en contacto con personas confirmadas de tenerlo.

Lea y discuta la declaración antes de firmarla. Si es menor de edad, este impreso debe ser firmado también por un progenitor o tutor.

Firmado:

San José, a ..... de ..... de 202....

*Los datos personales facilitados voluntariamente a través del presente documento serán tratados, por INDALOSUB S.L. como responsable del tratamiento, con la finalidad de gestionar de forma adecuada la prestación del servicio o producto contratado, conservados durante el tiempo que dure la relación contractual y, posteriormente, los plazos legalmente exigidos. Se prevé la posibilidad de que sus datos puedan ser cedidos o comunicados a terceras entidades para el cumplimiento de las obligaciones legales. Puede ustedes ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, dirigiéndose a CALLE BABOR 8 4118 SAN JOSE (NIJAR) ALMERIA, para más información al respecto, puede consultar nuestra Política de Privacidad en [WWW.ISUBSANJOSE.COM](http://WWW.ISUBSANJOSE.COM)*

- Señale la casilla si desea que sus datos no formen parte de nuestra base de datos.
- El interesado no autoriza que las imágenes recogidas durante el transcurso de la actividad, puedan ser utilizadas por el responsable para publicarlas en la página web y/o distintas redes sociales como puedes ser facebook, instagram, etc. con fines promocionales.

# Declaración del participante en PADI Discover Scuba® Diving

Lee los siguientes párrafos detenidamente.

Esta declaración, que incluye un cuestionario médico, un Acuerdo de descargo de responsabilidad y asunción de riesgos (Declaración de riesgos y responsabilidades), un Acuerdo de divulgación y reconocimiento de terceros y el repaso de conocimientos y seguridad de Discover Scuba Diving, te informa de ciertos riesgos potenciales del buceo con scuba y del comportamiento que se requiere de ti durante el programa PADI Discover Scuba Diving. Si eres menor de edad, tu padre, madre o tutor legal debe leer esta Guía y firmar la última hoja.

También tendrás que aprender importantes normas de seguridad acerca de cómo respirar y equalizar cuando bucees con scuba, mediante las enseñanzas del PADI Professional que te acompañe. El buceo con scuba y el uso de este tipo de equipo sin la supervisión o instrucción adecuadas puede dar lugar a lesiones graves o accidentes letales. Por ello, un instructor cualificado debe enseñarte a usarlo y vigilar tus acciones constantemente.



## Cuestionario médico de PADI

El buceo con scuba es una actividad emocionante y exigente. Para poder bucear no puedes tener un sobrepeso excesivo o estar en muy baja forma. Dependiendo de las condiciones, el buceo puede ser agotador. Tus sistemas respiratorio y circulatorio deben estar sanos. Todos los espacios que albergan aire en el cuerpo también deben estar sanos y funcionar normalmente. Una persona con problemas de corazón, un resfriado o congestión, epilepsia, asma, un problema médico grave o que esté bajo los efectos del alcohol o las drogas no debería bucear. Si estás tomando algún medicamento, consulta a tu médico antes de participar en este programa.

El objetivo del cuestionario médico es averiguar si debe verte un médico antes de participar en actividades de buceo recreativo con scuba. Contestar "sí" a una de las preguntas no tiene por qué impedirte bucear. Simplemente significa que tienes una afección de salud previa que puede afectar tu seguridad mientras buceas y, por ello, debes pedir la opinión de un médico.

Te rogamos que contestes a las preguntas que aparecen a continuación acerca de tu historia médica pasada y presente con un "SÍ" o "NO". Si no estás seguro, contesta "SÍ". Si cualquiera de las preguntas es aplicable a tu caso, debemos solicitar que te vea un médico antes de poder bucear con scuba. El PADI Professional que te atienda te facilitará el PADI Medical Statement (Informe médico PADI) y las Pautas para el examen físico de un buceador recreativo con scuba para que se los lleves al médico.

- En este momento, ¿tienes alguna infección de oído?
- ¿Tienes antecedentes de enfermedades del oído, pérdida de audición o problemas de equilibrio?
- ¿Te han operado los oídos o los senos nasales?
- En este momento, ¿tienes un resfriado, congestión, sinusitis o bronquitis?
- ¿Tienes antecedentes de problemas respiratorios, fuertes reacciones alérgicas al polen o de otro tipo o problemas de pulmón?
- ¿Alguna vez se te ha colapsado un pulmón (neumotórax) o te han realizado una cirugía de pecho?
- ¿Tienes asma en la actualidad o has tenido alguna vez un enfisema o tuberculosis?
- ¿Estás tomando algún medicamento que pudiera impedir tus capacidades físicas o mentales?
- ¿Tienes problemas de salud mental, psicológica o de conducta, o algún trastorno del sistema nervioso?
- ¿Estás embarazada o podrías estarlo?
- ¿Alguna vez te han hecho una colostomía (cirugía de colon)?
- ¿Alguna vez has tenido problemas cardíacos o ataques de corazón, o te han operado de corazón o de los vasos sanguíneos?
- ¿Tienes antecedentes de hipertensión o angina de pecho o tomas medicamentos para controlar la tensión arterial?
- ¿Tienes más de 45 años y antecedentes familiares de ataques de corazón o infartos cerebrales?
- ¿Tienes antecedentes de hemorragias u otros trastornos sanguíneos?
- ¿Tienes antecedentes de diabetes?
- ¿Alguna vez has tenido ataques de apoplejía, pérdidas del conocimiento, desmayos, convulsiones o epilepsia o tomado medicamentos para prevenirlos?
- ¿Tienes antecedentes de problemas de espalda, brazos o piernas a raíz de una lesión, fractura o cirugía?
- ¿Tienes antecedentes de miedo a los espacios cerrados o abiertos o ataques de pánico (claustrofobia o agorafobia)?

# Divulgación Ajena a la Agencia y Acuerdo de Reconocimiento

Comprendo y acepto que los Miembros PADI ("Miembros"), incluyendo comercio/resort y/o cualquier persona física PADI Instructors y Divemasters asociados al programa en el cual estoy participando están autorizados a utilizar las diversas Marcas Registradas de PADI y dirigir el entrenamiento PADI, sin embargo no son agentes, empleados o franquiciados de PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., o sus subsidiarios o corporaciones afiliadas a ("PADI"). Asimismo comprendo que las actividades comerciales de los Miembros son independientes, y no son propietarios ni están dirigidos por PADI, y que aunque PADI establece los estándares de los programas de buceo PADI, no es responsable de, ni tiene el derecho de controlar las operaciones de las actividades comerciales de los Miembros y la gestión diaria de los programas PADI y la supervisión de los buceadores por parte de los Miembros y de su personal asociado.

## Declaración de Riesgos y Responsabilidad

Esta es una declaración por la que se le informa de los riesgos del buceo en apnea y el buceo autónomo. La presente declaración también establece las circunstancias en las que Ud. participa en el programa de buceo bajo su propio riesgo.

Su firma en la presente declaración es obligatoria como prueba de que la ha recibido y leído. Es importante que lea el contenido de esta declaración antes de firmarla. Si no entendiera alguna parte de la misma, por favor, coménteselo a su instructor. Si fuera menor de edad, este formulario también lo debe firmar uno de sus padres o tutores.

### Advertencia

El buceo en apnea y el buceo autónomo comportan riesgos inherentes que pueden dar lugar a lesiones graves o producir la muerte.

Bucear con aire comprimido implica ciertos riesgos inherentes a ello: pueden producirse lesiones disbáricas, embolias u otras lesiones hiperbáricas que requieran tratamiento en una cámara hiperbárica. El entrenamiento y la obtención del título de buceador en aguas abiertas, puede implicar la necesidad de acometer viajes a lugares alejados, ya sea en el tiempo, en la distancia o en ambos, de una cámara de descompresión. El buceo en apnea y el buceo autónomo son actividades físicamente exigentes tal y como Ud. experimentará durante este programa de buceo. Tiene la obligación de informar de su historial médico, de forma veraz y completa, a los profesionales de buceo y a las instalaciones donde tenga lugar este programa.

## Aceptación del Riesgo

Comprendo y acepto que, ni los profesionales de buceo que dirigen este programa, instructor(es), ni las instalaciones por medio de las cuales se dirige este programa, comercio/resort, ni PADI EMEA Ltd., ni PADI Americas, Inc., ni sus afiliados o corporaciones subsidiarias, ni cualquiera de sus respectivos empleados, administrativos, agentes o cesionarios aceptan responsabilidad alguna por fallecimiento, lesión u otros daños/ pérdidas que yo sufra en la medida que resulte de mi propia conducta o de cualquier cosa o situación bajo mi control que implique mi propia negligencia.

En ausencia de cualquier negligencia u otro incumplimiento de las obligaciones por parte de los profesionales de buceo que dirigen este programa, instructor(es), las instalaciones a través de las que se dirige este programa, comercio/resort, PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., y todas las partes implicadas referidas anteriormente, entiendo que mi participación en este programa de buceo queda enteramente bajo mi propio riesgo y responsabilidad.

ACEPTO DE RECEPCIÓN DE ESTA DIVULGACIÓN AJENA A LA AGENCIA Y ACUERDO DE RECONOCIMIENTO Y DECLARACIÓN DE RIESGOS Y RESPONSABILIDAD Y MANIFIESTO QUE HE LEÍDO TODOS LOS TÉRMINOS ANTES DE FIRMAR DICHAS DECLARACIONES.

Nombre del participante (por favor, en mayúsculas)

Firma del Participante Fecha

(Día/Mes/Año)

Firma del padre/tutor (lo que proceda)

Fecha (Día/Mes/Año)



# Informe Médico del Buceador | Cuestionario del participante (confidencial)

El buceo requiere una buena salud física y mental. Hay algunas condiciones médicas que pueden ser peligrosas durante la práctica del buceo, y que se enumeran a continuación. Aquellos que tienen o están predispuestos a cualquiera de estas condiciones, deben ser evaluados por un médico. Este Cuestionario de Médico del Buceador proporciona una base para determinar si Ud. debe buscar esa evaluación. Si tiene alguna inquietud acerca de su estado físico para la práctica del buceo y no están representadas en este formulario, consulte con su médico antes de bucear. Las referencias a "buceo" en este formulario abarcan tanto el buceo Recreativo con equipo autónomo como el buceo en apnea. Este formulario está diseñado principalmente como un examen médico inicial para los nuevos buceadores, pero también es apropiado para los buceadores que reciben educación continua. Por su seguridad y la de otras personas que pueden bucear con usted, responda a todas las preguntas honestamente.

## Instrucciones

**Complete este cuestionario como requisito previo para el entrenamiento de apnea o de buceo con equipo autónomo. para las mujeres:** Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, no bucee.

1	He tenido problemas con los pulmones, la respiración, el corazón y/o la sangre que afectan a mi rendimiento físico o mental normal	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>A</b>	No <input type="checkbox"/>
2	Tengo más de 45 años.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>B</b>	No <input type="checkbox"/>
3	Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros/una milla en 12 minutos o nadar 200 metros/yardas sin descansar), O no he podido participar en una actividad física normal debido a razones de estado físico o de salud en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4	He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales / senos paranasales.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>C</b>	No <input type="checkbox"/>
5	He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, O tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6	He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migraña, convulsiones, accidente cerebrovascular, lesión significativa en la cabeza, o he sufrido de lesión o enfermedad neurológica persistente.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>D</b>	No <input type="checkbox"/>
7	He tenido problemas psicológicos (o he recibido tratamiento psicológico en los últimos 5 años), me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol, me han diagnosticado un problema de aprendizaje o de desarrollo.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>E</b>	No <input type="checkbox"/>
8	He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>F</b>	No <input type="checkbox"/>
9	He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>G</b>	No <input type="checkbox"/>
10	Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos que no sea Lariam-mefloquina).	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

## Firma del Participante

**Si respondió NO** a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte la declaración del participante a continuación con la fecha y su firma.

**Declaración del Participante:** He respondido a todas las preguntas honestamente, y entiendo que acepto la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido inexactamente o por no haber revelado cualquier condición de salud existente o pasada.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante (o, si es menor de edad, se requiere la firma del padre/tutor del participante.)

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (Mayúsculas)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Instructor (Mayúsculas)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Centro e Buceo (Mayúsculas)

\* **Si respondió SI** a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores **O** a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte la declaración anterior con la fecha y su firma **Y** lleve el Formulario de **Evaluación del Médico (página 3) a su médico**, para una evaluación médica. La participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la aprobación de su médico.

## Informe Médico del Buceador | Cuestionario del Participante (Confidencial) Continuación

<b>CUADRO A – TENGO/HE TENIDO:</b>		
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvulas cardíacas, un dispositivo médico implantado (por ejemplo, stent, marcapasos, neuroestimulador), neumotórax y/o enfermedad pulmonar crónica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física/ ejercicio.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un problema o enfermedad que involucra mi corazón como: angina de pecho, dolor en el pecho en el esfuerzo, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, miocardiopatía o accidente cerebrovascular. O estoy tomando medicamentos para cualquier afección cardíaca.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, O han sido diagnosticados con enfisema.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Síntomas que afecten a mis pulmones, respiración, corazón y/o sangre en los últimos 30 días y que perjudiquen mi rendimiento físico o mental.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>CUADRO B – TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y:</b>		
Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo un nivel alto de colesterol.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo presión arterial alta.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
He tenido un familiar (de 1er. O 2º grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita o de enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, O tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatía)	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>CUADRO C – TENGO/HE TENIDO:</b>		
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía ocular en los últimos 3 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>CUADRO D – TENGO/HE TENIDO:</b>		
Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Epilepsia, ataques o convulsiones, O tomo medicamentos para prevenirlos.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>CUADRO E – TENGO/HE TENIDO:</b>		
Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico/psiquiátrico.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje/desarrollo que requiere atención continua o de un alojamiento especial.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>CUADRO F – TENGO/HE TENIDO:</b>		
Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Diabetes, ya sea controlada por medicación o por dieta, O diabetes gestacional en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
<b>CUADRO G – TENGO:</b>		
Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

# Informe Médico del Buceador | Formulario de evaluación del Médico Examinador

**Nombre del Participante**

**Fecha de Nacimiento**

(Mayúsculas)

Fecha (dd/mm/aaaa)

La persona mencionada anteriormente solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en el entrenamiento o actividad de buceo.

## Resultado de la Evaluación

Apto– No encuentro condiciones que considere incompatibles con el buceo.

No Apto – Encuentro condiciones que considero incompatibles con el buceo.

Firma del médico certificado legalmente autorizado

Fecha (dd/mm/aaaa)

**Médico Examinador**

(Mayúsculas)

**Títulos/Credenciales clínicas**

**Centro Médico/Hospital**

**Dirección**

**Teléfono**

**Email**

Sello del Médico/Hospital (opcional)