



# Informe médico – Registro del participante (información confidencial)



## Lea detenidamente antes de bucear.

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 bucearlo. 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 bucear.

## 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.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ¿Podría estar embarazada, o está intentando quedarse embarazada?   | <input type="checkbox"/> Neumotórax (pulmón colapsado).  | <input type="checkbox"/> Cirugía en la espalda o en la columna vertebral.  |
| <input type="checkbox"/> ¿Toma actualmente medicamentos de receta? (con la excepción de píldoras anticonceptivas o contra la malaria) | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad del pecho o cirugía del pecho.  | <input type="checkbox"/> Diabetes.   |
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene más de 45 años de edad y puede responder que SÍ a una o más de las siguientes preguntas?              | <input type="checkbox"/> Problemas de salud conductual, mentales o psicológicos (ataques de pánico, miedo a los espacios abiertos o cerrados). | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda, brazos o piernas después de una cirugía, lesión o fractura.                 |
| <input type="checkbox"/> Actualmente fuma pipa, puros o cigarrillos   | <input type="checkbox"/> Epilepsia, ataques, convulsiones o toma medicamentos para prevenirlos.  | <input type="checkbox"/> Alta tensión arterial o toma medicamentos para controlar la presión sanguínea.                    |
| <input type="checkbox"/> Actualmente recibe atención médica   | <input type="checkbox"/> Migrañas o dolores de cabeza complicados y recurrentes, o toma medicamentos para prevenirlos.                         | <input type="checkbox"/> Cardiopatía.  |
| <input type="checkbox"/> Tiene alto el nivel de colesterol  | <input type="checkbox"/> Desvanecimientos o desmayos (pérdida de la consciencia completa o parcial).   | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco.  |
| <input type="checkbox"/> Tiene la tensión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Mareos frecuentes o intensos (en el mar, en el coche, etc.).  | <input type="checkbox"/> Angina, cirugía de corazón o cirugía en los vasos sanguíneos.                                     |
| <input type="checkbox"/> Tiene antecedentes familiares de ataques cardíacos o derrames cerebrales                                     | <input type="checkbox"/> Disenteria o deshidratación que requiere intervención médica.   | <input type="checkbox"/> Cirugía de senos nasales.   |
| <input type="checkbox"/> Tiene diabetes mellitus, aunque la tenga controlada solamente con dieta                                      | <input type="checkbox"/> Algún accidente de buceo o enfermedad de la descompresión.  | <input type="checkbox"/> Enfermedad o cirugía en los oídos, pérdida de audición o problemas con el equilibrio.             |
| Indique si ha tenido o si tiene actualmente...  | <input type="checkbox"/> Incapacidad de realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1.6 km/una milla en menos de 12 minutos).            | <input type="checkbox"/> Problemas recurrentes en el oído.   |
| <input type="checkbox"/> Asma o jadeos al respirar o jadeos al hacer ejercicio.   | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza con pérdida de la consciencia en los últimos cinco años.  | <input type="checkbox"/> Hemorragias u otros trastornos en la sangre.  |
| <input type="checkbox"/> Ataques frecuentes o intensos de fiebre del heno o de alergias.  | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda recurrentes.   | <input type="checkbox"/> Hernia.   |
| <input type="checkbox"/> Resfriados, sinusitis o bronquitis frecuentes.   |  | <input type="checkbox"/> Úlceras o cirugía de úlceras.   |
| <input type="checkbox"/> Cualquier tipo de enfermedad pulmonar.   |  | <input type="checkbox"/> Colostomía o ileostomía.  |
|   |  | <input type="checkbox"/> 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. Conozco 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 \_\_\_\_\_