

INSTRUCCIONES

Complete este cuestionario como requisito previo para el entrenamiento de apnea o de buceo con equipo autónomo

Nota para las mujeres: Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, **no bucee**.

1. He tenido problemas con mis pulmones o respiración, corazón o sangre	Sí Ir al Cuadro A	No
2. Tengo más de 45 años	Sí Ir al Cuadro B	No
3. Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros en 12 minutos o nadar 200 metros 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.	Sí *	No
4. He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales o senos paranasales.	Sí Ir al Cuadro C	No
5. He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, o tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior.	Sí *	No
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.	Sí Ir al Cuadro D	No
7. He tenido problemas psicológicos, me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol.	Sí Ir al Cuadro E	No
8. He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Sí Ir al Cuadro F	No
9. He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	Sí Ir al Cuadro G	No
10. Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos).	Sí *	No

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: ____ / ____ / _____

Nombre del Participante:

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

Nombre del Instructor :

Nombre del Centro de buceo:

Si respondió **SÍ** 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 a su médico**, para una evaluación médica. La participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la evaluación y aprobación de su médico.

Nombre del participante :

Fecha de nacimiento :

Informe Médico del Buceador / Cuestionario del Participante (confidencial)

Cuadro A - Tengo/he tenido :		
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvula cardíaca, colocación de "stent" o neumotórax (pulmón colapsado)	Sí *	No
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física o ejercicio.	Sí *	No
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.	Sí *	No
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, o han sido diagnosticados con enfisema.	Sí *	No
Cuadro B - Tengo más de 45 años y:		
Actualmente fumo o inhala nicotina por otros medios.	Sí *	No
Tengo un nivel alto de colesterol.	Sí *	No
Tengo presión arterial alta.	Sí *	No
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 o cardiomiopatía)	Sí *	No
Cuadro C - Tengo/he tenido:		
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	Sí *	No
Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio	Sí *	No
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.	Sí *	No
Cirugía ocular en los últimos 3 meses.	Sí *	No
Cuadro D - Tengo/he tenido:		
Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.	Sí *	No
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	Sí *	No
Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.	Sí *	No
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.	Sí *	No
Epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicamentos para prevenirlos.	Sí *	No
Cuadro E - Tengo/he tenido:		
Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico o psiquiátrico.	Sí *	No
Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	Sí *	No
He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje o desarrollo que requiere atención continua	Sí *	No
Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.	Sí *	No
Cuadro F - Tengo/he tenido:		
Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	Sí *	No
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.	Sí *	No
Diabetes, ya sea controlada por insulina o por dieta, o diabetes gestacional en los últimos 12 meses.	Sí *	No
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.	Sí *	No
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	Sí *	No

Cuadro G - Tengo:

Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.	Sí *	No
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días.	Sí *	No
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	Sí *	No
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	Sí *	No
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	Sí *	No
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	Sí *	No

Informe Médico del Buceador / Formulario de Evaluación del Médico**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 entranamiento 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_____
Fecha (dd/mm/aaaa)**Nombre del Médico** _____

Especialidad _____

(Mayúsculas)

Centro Médico/Hospital _____**Dirección** _____**Teléfono** _____ **Email** _____