



Nombre

Apellido

Al colocar mi nombre aquí, acepto ser responsable del contenido de esta página.

Cuestionario Médico del Buceador

El propósito de este Cuestionario Médico es determinar si debes ser examinado y consultar con tu médico antes de participar en la formación de Apnea, Buceo Recreativo y/o Buceo Técnico Extended Range ("XR"). Una respuesta afirmativa ("Sí") a una pregunta, no necesariamente te descalifica para bucear. Una respuesta "Sí" significa que hay una condición preexistente que puede afectar tu seguridad mientras buceas y debes buscar el consejo de tu médico antes de participar en actividades de buceo.

Responde las siguientes preguntas escribiendo la palabra "Sí" o "NO". Si no estas seguro, responde "SI". Si alguna de estas condiciones te afectan, te pedimos que consultes con un médico antes de participar en la formación de buceo. Debes descargar las Pautas para el Examen Físico de Buceo Recreativo, la Declaración Médica, este Cuestionario Médico y el Formulario Médico de Aprobación para Bucear para llevar a un médico. Después de que hayas consultado con un médico y el médico haya completado y firmado el Formulario Médico de Aprobación para Bucear, deberás proporcionar el Cuestionario Médico de Buceo completo y el mencionado Formulario Médico de Aprobación para Bucear a tu instructor.

¿Podrías estar embarazada o estás intentando quedarte embarazada?

¿Actualmente estás tomando medicamentos recetados? (con la excepción de anticonceptivos o antipalúdicos)

¿Tienes más de 45 años y puedes responder sí a una o más de las siguientes preguntas? (marca los que correspondan)

- actualmente fumas en pipa, puros o cigarrillos
- actualmente recibes atención médica
- tienes un nivel alto de colesterol
- tensión alta
- tienes antecedentes familiares de ataques al corazón o derrames cerebrales
- diabetes mellitus, incluso si se controla solo con dieta

¿Alguna vez has tenido o tienes actualmente alguno de los siguientes?

¿Asma o sibilancias al respirar o sibilancias al hacer ejercicio?

¿Pérdida de Conocimiento o Desmayos (pérdida total / parcial de la conciencia)?

¿Presión arterial alta o tomas medicamentos para controlar la tensión?

¿Ataques frecuentes o severos de fiebre del heno o alergia?

¿Sufres de mareos frecuentes o severos (barco, coche, etc.)

¿Enfermedad del corazón?

¿Resfriados frecuentes, sinusitis o bronquitis?

¿Disentería o deshidratación que requiere intervención médica?

¿Ataque al corazón?

¿Alguna forma de enfermedad pulmonar?

¿Algún accidente de buceo o enfermedad descompresiva?

¿Angina de pecho, cirugía cardíaca o cirugía de vasos sanguíneos?

¿Neumotórax (colapso pulmonar)?

¿Incapacidad para realizar ejercicio moderado (ejemplo: caminar 1.6 km/1 milla en 12 minutos)?

¿Cirugía sinusal?

¿Otra enfermedad torácica o cirugía torácica?

¿Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos cinco años?

¿Enfermedad o cirugía del oído, pérdida auditiva o problemas con el equilibrio?

¿Salud mental, problemas mentales o psicológicos (ataques de pánico, miedo a espacios cerrados o abiertos)?

¿Problemas recurrentes de espalda, cirugía de espalda o de columna?

¿Problemas recurrentes del oído?

¿Epilepsia, convulsiones, o tomas medicamentos para prevenirlos?

¿Diabetes?

¿Sangrado u otros trastornos sanguíneos?

¿Dolores de cabeza recurrentes por migraña o tomas medicamentos para prevenirlos?

¿Problemas de espalda, brazos o piernas después de una cirugía, lesión o fractura?

¿Hernia?

¿Úlceras o cirugía de úlceras?

¿Una colostomía o ileostomía?

¿Uso de drogas recreativas o tratamiento, o alcoholismo en los últimos cinco años?

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es precisa a mi saber y entender. Entiendo y acepto que el hecho de no revelar una afección médica existente o pasada puede provocar lesiones graves o la muerte, y asumo expresamente todos los riesgos de cualquier omisión que haya hecho al revelar una afección médica existente o pasada.

Nombre del participante (letra de imprenta)

Firma del participante

Fecha (DD/MM/AA)

Escriba el nombre del padre / tutor (cuando corresponda)

Firma del padre / tutor (cuando corresponda)

Fecha (DD/MM/AA)