



## 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**

**Nota: Si usted está embarazada o intenta quedarse embarazada, no bucee**

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Mayúsculas)  Fecha (dd/mm/aaaa)

1. He tenido problemas con mis pulmones/respiración, corazón o sangre afectando mi rendimiento normal, físico o mental.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro A	No <input type="checkbox"/>
2. Tengo más de 45 años.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro 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 C	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 D	No <input type="checkbox"/>
7. Actualmente estoy en tratamiento (o he requerido tratamiento en los últimos cinco años) por problemas psicológicos, trastorno de personalidad, ataques de pánico o adicción a las drogas o al alcohol, o me han diagnosticado una discapacidad del aprendizaje o del desarrollo.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro E	No <input type="checkbox"/>
8. He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro F	No <input type="checkbox"/>
9. He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro G	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"/>

**Si respondió NO** a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte con la fecha y su firma la declaración del participante en la página 3.

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

## Firma del Participante

**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)

## 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 entrenamiento o actividad de buceo. Visite [uhms.org](http://uhms.org) (sólo en Inglés) para obtener orientación médica sobre afecciones médicas relacionadas con el buceo. Revise si desea las áreas relevantes para su paciente como parte de su evaluación.

### 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:	
Clínica / Hospital:			
Dirección:			
Teléfono		Email:	
Sello de la clínica del médico (opcional)			

Basado en el formulario creado por el [Diver Medical Screen Committee](http://Diver Medical Screen Committee) en asociación con The Undersea & Hyperbaric Medical Society; DAN (EE. UU.); DAN Europa y la División de Medicina Hiperbárica, Universidad de California, San Diego