

FORMULARIO DE EVALUACION y APROBACIÓN MÉDICA
PARA EL BUCEO TECNICO

Por favor completar utilizando letra de molde o imprenta

NOMBRE Y APELLIDO: _____ DNI: _____
DIRECCION _____ TELEFONO: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ C. POSTAL: _____
E-MAIL: _____ CELULAR: _____

Para el Instructor: Si cualquier condición enumerada en el historial médico de la carpeta estudiantil está marcada por el estudiante, tienes el deber de entrevistar al estudiante individualmente. Si después de la entrevista no estás seguro si la condición es contraindicante para el entrenamiento de buceo, envíe al estudiante a un médico para un examen médico. Si referido al médico fuese necesario, provéale al estudiante una copia del Formulario Médico y transfiera al historial médico del estudiante, todas anotaciones pertinentes en la copia para llevar al médico.

Para el Médico: Esta persona es un candidato para el entrenamiento de buceo usando un aparato autónomo para respirar bajo el agua (SCUBA). Esto es una actividad que le causa mucho estrés al individuo de varias maneras. Una lista de los contraindicantes se encuentra al dorso como referencia.

El historial médico del candidato que sigue fue completado durante el proceso de matriculación.

_____ Problemas de Conducta	_____ Bronquitis	_____ Mareo
_____ Claustrofobia.	_____ Tuberculosis	_____ Lentes de contacto
_____ Agorafobia	_____ Problemas respiratorios	_____ Dentadura postiza
_____ Migrañas	_____ Problemas de la espalda	_____ Impedimento físico
_____ Epilepsia	_____ Cirugía de la espalda/espina dorsal	_____ Lesiones severas
_____ Problemas del oído o audición	_____ Diabetes	_____ Mayor de 40 años de edad
_____ Problemas compensando la presión	_____ Hepatitis.	_____ Hepatitis
_____ Problemas paranasales	_____ Ulceras	_____ VIH positivo
_____ Fiebre de heno	_____ Colostomía	_____ Medicamento regularmente
_____ Problemas del corazón	_____ Hernia	_____ Alergias a drogas
_____ Alta presión	_____ Vértigo/Desmayo	_____ Abuso de drogas o alcohol
_____ Angina	_____ Cirugía reciente	_____ Rechazado de cualquier actividad por razón médica
_____ Cirugía del corazón	_____ Hospitalizado	_____ Cualquier problema médico no mencionado
_____ Asma	_____ Embarazo actual	

Notas: _____

FAVOR DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO AL CANDIDATO

Tome nota que el formulario de examen médico ofrece una opción bajo IMPRESION. Solamente podemos aceptar una aprobación sin condiciones tal como está declarado abajo para los candidatos que desean comenzar o continuar el entrenamiento. Si su conclusión es que el buceo no le conviene al individuo o que su condición médica probablemente le podría presentar un peligro directo para él u otros, favor de discutir su opinión con la persona y marque no aprobado.

IMPRESION:

_____ APROBADO (No encuentro ninguna condición médica incompatible con el buceo)

_____ NO APROBADO (Este candidato tiene condiciones médicas que en mi opinión claramente constituyen un peligro médico para su salud y seguridad en el buceo.)

Fecha: _____ Firma: _____ MD.

Nombre del Médico (letra de molde): _____ Matrícula: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____