



Declaración Médica Registro del Participante (Información Confidencial)

Por favor leer cuidadosamente antes de firmar

Esta es una declaración donde usted es informado sobre los riesgos potenciales envueltos en el buceo y de la conducta requerida durante el programa de entrenamiento de buceo. Su firma en esta declaración es requerida para que usted pueda participar en el programa de buceo ofrecido por

_____ y
Instructor _____ ubicado en
_____ Dive Center

la ciudad de _____ en el estado de _____

Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar la forma médica, en la que incluye una sección con un cuestionario médico, para poder entrar al programa de buceo. Si usted es menor de edad, deberá firmar la forma médica el padre o tutor.

El buceo es una actividad emocionante y demandante. Cuando se hace correctamente, aplicando las técnicas adecuadas, es relativamente

seguro. Cuando los procedimientos de seguridad establecidos NO son seguidos existe un gran peligro.

Para bucear de manera segura, usted no debe tener sobrepeso extremo o malas condiciones físicas. El buceo puede ser extenuante bajo ciertas circunstancias. Su sistema respiratorio y circulatorio deben estar en buenas condiciones. Todos los espacios aéreos del cuerpo deben estar normales y saludables. Una persona con problemas cardíacos, con resfriado, gripe o congestión, epilepsia, asma, problemas médicos severos o bajo la influencia del alcohol o drogas, no debería bucear. Si tiene asma, enfermedades del corazón, otras condiciones médicas crónicas o está tomando medicamentos de forma regular, consulte a su médico y a su instructor antes de participar de este programa y de forma periódica luego de concluir el mismo. También deberá aprenderá con su instructor la importancia de ciertas reglas de seguridad en cuanto a la respiración y equalización mientras se realiza el buceo scuba. El uso incorrecto del equipo o equipo inadecuado puede provocar lesiones serias. Usted deberá ser instruido sobre el uso correcto del mismo bajo la supervisión directa de un instructor calificado para poder utilizarlo de manera segura.

Si usted tiene cualquier pregunta adicional con respecto a la declaración médica o a la sección de Historia Médica, revise estas con su instructor antes de firmar.

Historia Médica

Nota al participante:

El propósito de este cuestionario medico es determinar si usted debería ser examinado por un doctor antes de participar en el entrenamiento de buceo recreativo. Responder de manera afirmativa a alguna de las preguntas, no necesariamente lo descalifica para el buceo. Una respuesta afirmativa significa que hay una condición preexistente que puede afectar su seguridad durante el buceo y usted deberá obtener la recomendación de su médico antes de participar en actividades de buceo.

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su historia médica pasada y presente con un SI o NO. Si usted no está seguro, responda SI. Si alguna de estas condiciones aplican a usted, deberemos solicitarle que sea examinado por un médico antes de participar en cualquier actividad de buceo scuba. Su instructor le proporcionara una forma de declaración médica y una guía de la RSTC para el examen físico, que deberá realizar su médico.

- _____ ¿Podría estar embarazada o está intentando estarlo?
- _____ ¿Está tomando algún medicamento bajo prescripción médica (con excepción de anticonceptivos o anti malaria)?
- _____ ¿Tiene más de 45 años de edad y alguna de las siguientes afirmaciones aplican?
 - Actualmente fuma Pipa, Puro o Cigarrillos.
 - Tiene el nivel de colesterol alto.
 - Tiene historia familiar de ataque cardíaco, infarto o accidente cerebro vascular.
 - Actualmente recibe cuidados médicos.
 - Sufre de presión sanguínea alta.
 - Diabetes, incluso si está controlada solo con dieta alimenticia.

Tiene usted o ha tenido...

- _____ Asma, sonidos al respirar o jadea cuando realiza ejercicios.
- _____ Ataques frecuentes de alergias o fiebre de heno.
- _____ Resfriados frecuentes, sinusitis o bronquitis.
- _____ Cualquier tipo de enfermedad pulmonar.
- _____ Neumotórax (Colapso de pulmón).
- _____ Otro tipo de enfermedad o cirugía de pecho.
- _____ Problemas de salud mental o psicológica (Ataques de pánico, miedos a espacios cerrados o abiertos)
- _____ Epilepsia, ataques, convulsiones o toma medicamentos para prevenirlos.
- _____ Dolores de cabeza recurrentes, migrañas o toma medicamentos para prevenirlos.
- _____ Desmayos o desvanecimientos (Perdida de conocimientos total o parcial)

- _____ Mareos frecuentes y/o severos relacionados con el movimiento. (Barco, automóvil, etc.)
- _____ Disenteria o deshidratación que haya requerido intervención médica.
- _____ Cualquier accidente de buceo o de descompresión.
- _____ Incapacidad de realizar ejercicio moderado (Caminar 1,6 kilómetros en no más de 12 minutos)
- _____ Lesiones en la cabeza con pérdida de conocimiento en los últimos 5 años.
- _____ Problemas en la espalda recurrentes.
- _____ Cirugía de espalda o columna.
- _____ Diabetes.
- _____ Cirugías, lesiones o fracturas en espalda, brazos o piernas.
- _____ Presión sanguínea alta o toma medicamentos para controlarla.
- _____ Enfermedad del corazón.
- _____ Ataque cardíaco o Infarto.
- _____ Angina de pecho, cirugía del corazón o de vasos sanguíneos.
- _____ Cirugía por sinusitis.
- _____ Enfermedad o cirugía de los oídos, pérdida auditiva o problemas con el equilibrio.
- _____ Problemas recurrentes con los oídos.
- _____ Hemorragias o desordenes con la sangre o sangrado.
- _____ Hernia
- _____ Sufre de ulcera o ha sido operado de úlceras.
- _____ Ileostomía o colostomía.
- _____ Uso recreativo de drogas o alcohol o realizó tratamiento contra el uso en los últimos 5 años.

La información que yo he suministrado sobre mi historia médica es correcta dentro de mi conocimiento. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por cualquier omisión o falla al informar cualquier condición de salud pasada o existente.

Firma

Fecha

Firma de los Padres o Tutores legales (si corresponde)

Fecha