

Información Confidencial

INFORME MEDICO

Por Favor, lea cuidadosamente este documento.

En este documento se le informa a usted sobre los posibles riesgos que conlleva participar en actividades de buceo con equipo SCUBA y sobre la conducta que se le requiere mantener durante el programa de entrenamiento de buceo que usted está por tomar. Es necesario que usted complete y firme el presente documento antes de participar en el entrenamiento que ofrece:

_____ y
_____ ubicado
en la ciudad de _____
del estado de _____ en _____.

Lea y discuta este documento antes de firmarlo. Completar este informe médico y firmarlo es indispensable para que usted pueda matricularse en un curso de entrenamiento de SCUBA. Si usted es menor de edad este documento debe de ser firmado por sus padres o representante legal.

El buceo es una actividad excitante y requiere mucho esfuerzo de su parte. Cuando esta actividad se realiza de manera adecuada, utilizando técnicas correctas, resulta muy seguro. Sin embargo, cuando los procedimientos de seguridad no se cumplen; resulta extremadamente peligroso.

Para bucear con equipo SCUBA de manera segura, no deberá tener un peso excesivo, ni estar fuera de condiciones. El bucear puede resultar vigoroso en ciertas condiciones. Su sistema respiratorio y circulatorios deberán estar en optimas condiciones de salud. Todos los espacios de aire del cuerpo deberán estar en buen estado saludables. Una persona con problemas cardíacos, catarro o congestión, epilepsia, asma, un problema médico grave, o que se encuentre bajo las influencias de haber ingerido alcohol o drogas de cualquier tipo, no deberá bucear. Si se encuentra ingiriendo medicamentos de cualquier tipo, consulte a su médico antes de participar en este programa de entrenamiento.

También necesitará aprender de su Instructor las reglas importantes sobre la respiración y compensación de espacios aéreos al bucear con equipo SCUBA. El uso indebido de equipo SCUBA puede ocasionar lesiones graves. Deberá recibir la instrucción adecuada en cuanto a sus usos bajo la directa supervisión de un Instructor calificado, a fin de usarlo de manera segura.

Si tiene dudas o preguntas con relación a este informe médico, o a la sección de su Historia Médica, hable al respecto con su Instructor antes de firmar.

HISTORIA MEDICA

Al Participante:

El propósito del presente cuestionario médico es el de encontrar si existen condiciones médicas que indiquen que usted debe de ser examinado por un médico antes de participar en actividades de entrenamiento para buceo recreativo. Responder de manera afirmativa a alguna de las preguntas no necesariamente lo descalifica para bucear. Una respuesta afirmativa indica que existe una condición que posiblemente afecta su seguridad al realizar la actividad del buceo; por ello deberá consultar al médico antes de comenzar este programa de entrenamiento.

Por favor responda las siguientes preguntas sobre su pasado y presente historial médico con **"SI"** o **"NO"**. Si usted no se siente seguro de cual es la respuesta correcta, responda **"SI"**. Si la respuesta es afirmativa a alguna o varias de las preguntas usted deberá ser examinado por un médico antes de participar en cualquier actividad de este curso de SCUBA. Su Instructor SSI puede proveerle con una planilla para su Historia Médico y guía para el examen médico que se le debe realizar a un individuo para su participación en actividades de buceo recreativo, lleve esta a su médico.

- _____ ¿ Esta usted embarazada o sospecha que puede estarlo?
- _____ ¿ Toma usted con regularidad medicamentos, ya sea bajo prescripción médica o sin esta?
- _____ ¿ Es usted mayor de 45 años y tiene más de las siguientes características?
 - Es fumador de cigarro o pipa.
 - Tiene alto nivel de colesterol.
 - Tiene antecedentes familiares de ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares. (embolias)

¿ Ha tenido alguna vez o tiene en la actualidad

- _____ asma, o jadea al respirar, o jadea al hacer ejercicios?
- _____ ataques frecuentes de fiebre o alérgicos?
- _____ catarros, sinusitis o bronquitis frecuente?
- _____ algún tipo de enfermedad pulmonar?
- _____ neumotórax (pulmones colapsados)?
- _____ ha sido operado del tórax?
- _____ claustrofobia o agorafobia (temor de espacios cerrados o abiertos)?
- _____ problemas de salud relacionados con el comportamiento?
- _____ epilepsia, ataque de epilepsia, convulsiones, o toma medicamentos para evitarlos?
- _____ dolores de cabeza, jaquecas, migrañas recurrentes o toma medicamentos para evitarlos?
- _____ desmayos, pérdidas de conocimientos parciales o totales?
- _____ frecuentes mareos (en el mar o en el automóvil)?

- _____ ha tenido accidentes de buceo o aeroembolismo?
- _____ ha padecido de problemas recurrente en la columna?
- _____ ha sido operado por problemas en la columna?
- _____ antecedentes de diabetes?
- _____ ha padecido de problemas en la columna, en los brazos o en las piernas después de una cirugía, una lesión o fractura?
- _____ incapacidad para desarrollar ejercicios moderados (caminar una milla en doce minutos)
- _____ ha padecido de alta presión arterial o toma medicamentos para controlar esta?
- _____ ha padecido de enfermedades del corazón?
- _____ ha padecido de ataques cardíacos?
- _____ ha padecido de angina o ha sido operado del corazón o de los vasos sanguíneos?
- _____ ha sido operado por problemas en los oídos o senos frontales?
- _____ ha padecido de alguna enfermedad de los oídos perdida de la audición o tiene problema con el equilibrio?
- _____ ha padecido de problemas de compensación (le duele) los oídos cuando viaja en un avión o sube a las montañas?
- _____ tiene antecedentes de sangramientos u otra enfermedad sanguínea?
- _____ ha padecido de algún tipo de hernia?
- _____ ha padecido de úlceras o ha sido operado de estas?
- _____ ha tenido una colostomía?
- _____ tiene antecedentes de abuso de drogas o alcohol?

La información que he proporcionado sobre mi historia médica es la actual y real de acuerdo a mi mejor saber y entender.

Firma

Fecha

Firma de los Padres o Representante Legal

Fecha

Estudiante

(Favor de Imprimir Legiblemente)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección de Domicilio _____

Ciudad _____ Estado / Provincia _____

País _____ Código Postal _____

Teléfono de Hogar _____ Teléfono de Casa _____

E-mail _____ Fax _____

Nombre y dirección de su familia o médico preferido:

Médico _____ Clínica / Hospital _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha del ultimo examen físico _____

Nombre del examinador _____ Clínica / Hospital _____

Dirección _____ Teléfono _____

¿Ha sido requerido de usted anteriormente tomar un examen físico para bucear?
 No Si Cuando _____

Medico

Esta persona está presentemente certificada o es un candidato para participar en entrenamiento de buceo scuba (aparato autónomo para respirar bajo el agua). Su opinión sobre el estado físico del candidato para participar en buceo scuba es requerida. Favor de verificar dicho estado siguiendo las guías para un examen físico para participar en actividades de scuba.

Impresión Médica:

No encuentro condiciones físicas que yo considero incompatible con el buceo scuba

No puedo recomendar a este individuo para participar en el buceo scuba

Comentarios _____

He repasado la Guía del examen físico para un Buzo con Scuba

_____, D.M. Fecha _____

Firma del Doctor Medico

Médico _____ Clínica / Hospital _____

Dirección _____ Teléfono _____