



INFORME MÉDICO

REGISTRO DEL PACIENTE - INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Por favor, leer cuidadosamente antes de firmar

En el presente informe se exponen algunos de los riesgos potenciales que implica la apnea y el buceo autónomo, y el comportamiento que se espera de ti durante el programa de formación de apnea y/o buceo. Es necesario que firmes este informe para poder participar en el programa de formación de apnea y/o buceo.

Lee el informe antes de firmarlo. Para poder inscribirte en el programa de formación de apnea y/o buceo, tienes que rellenar este Informe Médico, que incluye la sección del historial médico. Para menores de edad, el informe debe ir firmado por uno de sus padres o el tutor.

El buceo es una actividad apasionante y exigente. Cuando se realiza correctamente, aplicando las técnicas adecuadas, es relativamente seguro. Sin embargo, cuando no se siguen los procedimientos de seguridad establecidos, existen mayores riesgos.

Para practicar la apnea o el buceo autónomo de forma segura, no debes tener un excesivo sobrepeso ni estar en baja forma física. Bajo ciertas circunstancias, el buceo puede ser extenuante. Tus sistemas respiratorio y circulatorio deben funcionar bien. Todos los espacios de aire del organismo deben estar en buen estado. No debería bucear toda aquella persona que tenga problemas cardíacos, un resfriado o congestión común, epilepsia, otro problema médico grave, o esté bajo la influencia del alcohol o drogas. Si tienes asma, problemas cardíacos, otro problema médico crónico o si estás tomando medicamentos con regularidad, debes consultar a tu médico y al Instructor antes de participar en este programa, y de forma regular a partir de entonces para la finalización. Tu Instructor también te enseñará las importantes normas de seguridad relacionadas con la respiración y la compensación durante la práctica de la apnea y/o el buceo. El uso incorrecto del equipo de apnea y/o buceo puede producir lesiones graves. Para usarlo de forma segura, debes aprender meticulosamente su correcta utilización bajo la supervisión directa de un Instructor cualificado.

Si tienes alguna duda o pregunta relacionada con este Informe Médico o con la sección del Historial Médico, consulta a tu Instructor antes de firmar.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del Estudiante	Iniciales del Estudiante

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA 1

<input type="text"/>
Nombre:
<input type="text"/>
Relación
<input type="text"/>
Teléfono Móvil
<input type="text"/>
Teléfono Fijo

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA 2

<input type="text"/>
Nombre:
<input type="text"/>
Relación
<input type="text"/>
Teléfono Móvil
<input type="text"/>
Teléfono Fijo



HISTORIAL MÉDICO

PARA EL PARTICIPANTE:

El objetivo de este cuestionario médico es saber si debes ser examinado por un médico antes de participar en la formación de la apnea y/o del buceo. Una respuesta afirmativa a alguna de las preguntas no te descalifica necesariamente del buceo. Dicha respuesta indica que existe una condición previa que puede afectar a tu seguridad durante el buceo, y debes consultar a tu médico a ese respecto antes de participar en actividades de buceo.

Por favor, responde SI o NO a las siguientes preguntas sobre tu historial médico pasado o presente. Si no estás seguro, responde SI. Si estás incluido en alguna de estas situaciones, debemos pedirte que consultes a un médico antes de practicar la apnea y/o el buceo autónomo. Tu Instructor te proporcionará un Informe Médico y una Guía para efectuar un reconocimiento médico específico para la Apnea Recreativa y Buceo Autónomo Recreativo, documentos que deberás entregar al médico.

¿Estás embarazada, o sospechas que podrías estarlo?

¿Tomas regularmente medicación, con o sin prescripción médica? (excepto control de embarazo)

¿TIENES MÁS DE 45 AÑOS Y ESTÁS INCLUIDO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

Fumas regularmente en pipa, cigarillos o puros

Antecedentes familiares de infarto o ataque cardíaco

Tensión arterial alta

Alto nivel de colesterol

Recibes actualmente un tratamiento médico

Diabetes, incluso si se controla solo con la dieta

¿ALGUNA VEZ HAS TENIDO O TIENES ...

Asma, o silbidos al respirar o al hacer ejercicio

Disentería o deshidratación que requiere intervención médica

Angina de pecho o cirugía en vasos sanguíneos

Ataques graves o frecuentes de alergia o fiebre del heno

Historial de accidentes de buceo o enfermedad de descompresión

Historial de cirugía en oídos o senos

Frecuentes resfriados, sinusitis o bronquitis

Lesión en la cabeza con pérdida de conocimiento en los últimos cinco años

Historial de trastornos de oído, pérdida de audición, o problemas para compensar (destaponar) oídos al viajar en avión o por una montaña

Algún tipo de trastorno pulmonar

Historial de trastornos recurrentes de espalda

Historial de trastornos de oído, pérdida de audición, o problemas para compensar (destaponar) oídos al viajar en avión o por una montaña

Neumotórax (colapso pulmonar)

Historial de cirugía de espalda

Historial de hemorragias u otros trastornos sanguíneos

Historial de operaciones del pecho

Historial de diabetes

Historial de algún tipo de hernia

Problemas de salud mental, psicológicos o mentales (ataque de pánico, miedo a espacios cerrados o abiertos)

Historial de trastornos de espalda, brazos, o piernas siguientes a una operación, lesión o fractura

Historial de úlceras o cirugía de úlcera

Epilepsia, ataques, convulsiones, o medicación preventiva

Incapacidad de efectuar ejercicio moderado (correr 1,6 kilómetros en 12 minutos)

Historial de colostomía (cirugía de colon)

Migraña o dolor de cabeza recurrente, o medicación preventiva

Historial de tensión arterial alta o medicación para controlar la tensión

Historial de abuso de drogas o alcohol durante los últimos 5 años

Historial de desmayos o vahídos (pérdida total/ parcial del conocimiento)

Historial de trastornos cardíacos

Sufres con frecuencia mareos (al viajar en barco, coche, etc.)

Historial de infarto

La información aportada sobre mi historial médico es exacta según mi saber y entendimiento. Entiendo y estoy de acuerdo que una falla al revelar cualquier condición de salud existente o pasada puede ocasionar lesiones graves o la muerte y asumo expresamente todos los riesgos de omisiones que haya cometido, ya sea intencional o involuntariamente, en la divulgación de cualquier historial existente o anterior de condición de mi salud.

Firma

Fecha (DD/MM/AA)

Firma de los Padres o el Tutor

Fecha (DD/MM/AA)