





DECLARACIÓN MÉDICA - INFORME DEL SOLICITANTE

(Información Confidencial)

Por favor, lea detenidamente antes de firmar.

enfermedad grave, o que esté bajo la influencia del ogas, no debe bucear. Si padece asma, enfermedad ier otra condición médica crónica o si está tomando e forma regular, debería consultar con su médico y antes de participar en este programa, y de forma le realizarlo. También tendrá que aprender de su tancia de las reglas de seguridad relacionadas con compensación de los espacios de aire durante las so inadecuado del material de buceo puede provoca deberá recibir instrucción en detalle de su uso bajo la de un instructor cualificado para aprender a utiliza uridad. Iguna pregunta adicional sobre esta Declaración sección del Cuestionario Médico, revíselas con su en firmar este documento. or a las siguientes preguntas sobre su historia presente con un Sí o NO. Si no está seguro, son de aplicación cualquiera de los puntos, debeonsulte con su médico antes de participar en el
ter otra condición médica crónica o si está tomando forma regular, debería consultar con su médico y antes de participar en este programa, y de forma le realizarlo. También tendrá que aprender de su trancia de las reglas de seguridad relacionadas con compensación de los espacios de aire durante las so inadecuado del material de buceo puede provoca beberá recibir instrucción en detalle de su uso bajo la de un instructor cualificado para aprender a utiliza uridad. Iguna pregunta adicional sobre esta Declaración sección del Cuestionario Médico, revíselas con su e firmar este documento. or a las siguientes preguntas sobre su historia presente con un Sí o NO. Si no está seguro, son de aplicación cualquiera de los puntos, debe-
rforma regular, debería consultar con su médico y antes de participar en este programa, y de forma le realizarlo. También tendrá que aprender de su tancia de las reglas de seguridad relacionadas con compensación de los espacios de aire durante las so inadecuado del material de buceo puede provoca beberá recibir instrucción en detalle de su uso bajo la de un instructor cualificado para aprender a utiliza uridad. Iguna pregunta adicional sobre esta Declaración sección del Cuestionario Médico, revíselas con su e firmar este documento. or a las siguientes preguntas sobre su historia presente con un Sí o NO. Si no está seguro, son de aplicación cualquiera de los puntos, debe-
presente con un SÍ o NO . Si no está seguro, son de aplicación cualquiera de los puntos, debe-
presente con un SÍ o NO . Si no está seguro, son de aplicación cualquiera de los puntos, debe-
autónomo. Su instructor le entregará una Declara- C y una Guía para el Reconocimiento Médico de eativos para entregar a su médico.
frecuentes o graves asociados al transporte en coche
aía o deshidratación que requiera intervención médica? aía o deshidratación que requiera intervención médica? aía o deshidratación que requiera intervención médica? adad de hacer ejercicio moderado (por ejemplo, camina medio / una milla en 12 minutos)? a de cabeza con pérdida de conocimiento en los últimos los? as de espalda recurrentes? an la espalda o en la columna vertebral? as en piernas, brazos o espalda tras operaciones cas, heridas o fracturas? sión arterial o toma medicación para el control de la sión? dad cardiovascular? cardíacos? de pecho o cirugía cardiaca o cardiovascular? de senos? dad o cirugía de los oídos, pérdida de la audición o as con el equilibrio? as de oídos recurrentes? gias u otros problemas sanguíneos? o cirugía relacionada con éstas? nía o ileostomía? drogas como diversión o tratamiento para solucionarlo,
in essentices of the management of the managemen

© International PADI, Inc. 2001 / Translation by PADI Europe, 2002 © Recreational Scuba Training Council, Inc. 2001

Product No. 10063S (09/01) Version 2.0

Firma

Firma de padres o tutor

Fecha

ALUMNO

Por favor, escriba con claridad.	
Nombre	Fecha de nacimiento(día / mes / año)
Dirección	,
Ciudad/Provincia	
	Código postal
Tel. particular()	Tel. de trabajo ()
E-mail	FAX
Nombre y dirección de su médico	de cabecera o de primera asistencia
Nombre	Hospital o clínica
Dirección	
Fecha del último reconocimiento médico	
Nombre del médico que lo efectuó	Hospital o clínica
Dirección	
	E-mail
	nocimiento médico para buceo? 🔲 Sí 👊 No ¿Cuando?
MÉDICO	
	strucción de buceo recreativo, o posee la titulación necesaria para nión sobre la idoneidad de esta persona para la práctica del buceo
Dictamen del médico	
☐ No he hallado enfermedades o lesiones inco	mpatibles con la práctica del buceo recreativo.
☐ No puedo recomendar la práctica del buceo	al interesado.
Observaciones	
Firma del médico	Fecha
25	(día / mes / año)
Nombre	Hospital o clínica
Dirección	
Teléfono ()	E-mail