



Questionario sobre el estado de salud para la práctica del buceo recreativo

Complete este cuestionario como requisito previo para buceo con equipo autónomo.

Nota para las mujeres: Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, **no bucee.**

1. He tenido problemas con mis pulmones o respiración, corazón o sangre.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro A	No <input type="checkbox"/>
2. Tengo más de 45 años.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro B	No <input type="checkbox"/>
3. Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros en 12 minutos o nadar 200 metros sin descansar), o no he podido participar en una actividad física normal debido a razones de estado físico o de salud en los últimos 12 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4. He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales o senos paranasales.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro C	No <input type="checkbox"/>
5. He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, o tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6. He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migraña, convulsiones, accidente cerebrovascular, lesión significativa en la cabeza, o he sufrido de lesión o enfermedad neurológica persistente.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro D	No <input type="checkbox"/>
7. He tenido problemas psicológicos, me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro E	No <input type="checkbox"/>
8. He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro F	No <input type="checkbox"/>
9. He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro G	No <input type="checkbox"/>
10. Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos).	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Si respondio **NO** a las 10 preguntas anteriores, no requiere evaluación médica. Por favor lea y acepte la declaración del participante con la fecha y su firma.

Declaración del participante : He respondido a todas las preguntas honestamente y entiendo que acepto la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pudiera haber respondido inexactamente o por no haber revelado cualquier condición de salud existente o pasada.

Firma del participante o (si es menor de edad, se requiere la firma del padre/madre o tutor del participante) FECHA

Día - mes y año ()

Nombre del participante

Fecha de nacimiento ()

Nombre del Instructor

Nombre del club o centro de buceo

* **Si respondio SI** a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores lea y acepte la declaración anterior con la fecha y su firma, y lleve el **Formulario de Evaluación** a su médico, **para una evaluación médica**. La participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la evaluación y aprobación de su médico.

FIRMA Y DNI