



Nombre del participante

Fecha de nacimiento

(en letra impresa)

Fecha (DD/MM/AA)



Informe médico del buceador | Cuestionario del participante

Las actividades de buceo recreativo y apnea exigen que la persona que desea practicarlas goce de buena salud física y mental. A continuación, se enumeran algunas de las enfermedades o problemas de salud que pueden suponer un riesgo durante la práctica del buceo. Los buceadores que padecen o son propensos a padecer cualquiera de estas afecciones deben someterse a un examen médico. Este cuestionario médico para participantes en programas de buceo te permite saber, a modo de referencia, si necesitas someterte a dicho examen. Si tienes alguna duda o consideras que los resultados del presente formulario no se corresponden con tu condición física, consulta con tu médico antes de bucear. Si te encuentras mal, no bucees. Si crees que podrías padecer alguna enfermedad contagiosa, protégete y protege a los demás: evita participar en actividades o sesiones de formación de buceo. En el presente formulario, el término «buceo» hace referencia tanto al buceo recreativo como a la apnea. Este formulario está diseñado para utilizarse fundamentalmente como evaluación médica inicial en los buceadores que han comenzado recientemente la práctica de esta actividad, pero también es adecuado para aquellos que reciben educación continua. Por tu seguridad y la de los buceadores que te acompañan, responde a todas las preguntas con sinceridad.

Instrucciones

Completa este cuestionario como requisito previo para recibir formación relacionada con la apnea o el buceo con equipo autónomo.

Nota: Si estás embarazada o intentas quedarte embarazada, no bucees.

1	He tenido problemas en los pulmones, con la respiración, con el corazón o con la sangre que han afectado a mi rendimiento físico o mental normal.	<input type="checkbox"/> Sí Ve al cuadro A	<input type="checkbox"/> No
2	Tengo más de 45 años.	<input type="checkbox"/> Sí Ve al cuadro B	<input type="checkbox"/> No
3	Me cuesta hacer ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros en 14 minutos o nadar 200 metros sin descansar) o no he podido hacer actividad física normal por motivos de salud o por mi estado físico en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
4	He tenido algún problema ocular, auditivo o relacionado con las fosas nasales o los senos paranasales.	<input type="checkbox"/> Sí Ve al cuadro C	<input type="checkbox"/> No
5	Me he operado en los últimos 12 meses o actualmente padezco algún tipo de afección derivada de una intervención quirúrgica anterior.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
6	He perdido el conocimiento, he padecido dolores de cabeza por migraña, convulsiones, un accidente cerebrovascular o un traumatismo craneal grave o padezco una enfermedad o lesión neurológica permanente.	<input type="checkbox"/> Sí Ve al cuadro D	<input type="checkbox"/> No
7	Estoy siguiendo un tratamiento (o he seguido un tratamiento en los últimos cinco años) para tratar problemas psicológicos, trastornos de la personalidad, ataques de pánico, una adicción a las drogas o al alcohol o me han diagnosticado una dificultad de aprendizaje o de comportamiento.	<input type="checkbox"/> Sí Ve al cuadro E	<input type="checkbox"/> No
8	He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	<input type="checkbox"/> Sí Ve al cuadro F	<input type="checkbox"/> No
9	He padecido recientemente problemas estomacales o intestinales (por ejemplo, diarrea).	<input type="checkbox"/> Sí Ve al cuadro G	<input type="checkbox"/> No
10	Estoy tomando medicamentos bajo prescripción médica (excepto si se trata de anticonceptivos o medicamentos antipalúdicos que no sean mefloquina, como Lariam).	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

Firma del participante

Si has respondido «NO» a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Añade a continuación la fecha y tu firma para aceptar la declaración del participante.

Declaración del Participante: He respondido a todas las preguntas honestamente y entiendo que acepto la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido falsamente o por no haber informado de cualquier problema de salud existente o anterior.

<hr/>	<hr/>
Firma del participante (si es menor de edad, se requiere la firma del padre/madre/tutor del participante)	Fecha (DD/MM/AA)
<hr/>	<hr/>
Nombre del participante (en letra impresa)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)
<hr/>	<hr/>
Nombre del instructor (en letra impresa)	Nombre de las instalaciones/centro de buceo (en letra impresa)

* Si has respondido «SÍ» a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores O BIEN a cualquiera de las preguntas de la página 2, lee y acepta la declaración anterior añadiendo la fecha y tu firma Y DESPUÉS entrega a tu médico las tres páginas que conforman el presente formulario (el cuestionario del participante y el formulario del examen médico) para que te haga un examen médico. No puedes participar en un programa de formación de buceo sin autorización médica.

Fecha de la versión: 01-02-2022 1 de 3 © 2020

Informe médico del buceador | Cuestionario del participante (continuación)

CUADRO A - PADEZCO/HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Una cirugía torácica, una cirugía cardíaca, una cirugía de válvulas cardíacas, un dispositivo médico implantable (por ejemplo, un stent, un marcapasos o un neuroestimulador), un neumotórax o una enfermedad pulmonar crónica.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Asma, sibilancias, alergias graves, alergia al polen o alguna obstrucción de las vías respiratorias en los últimos 12 meses, que limita mi capacidad física o me impide practicar ejercicio con normalidad.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Un problema o enfermedad del corazón, por ejemplo, angina de pecho, dolor en el pecho al hacer esfuerzos, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar por inmersión o infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, o estoy en tratamiento por alguna afección cardíaca.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Bronquitis crónica y tos persistente en los últimos 12 meses o me han diagnosticado un enfisema pulmonar.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Síntomas que afectan a los pulmones, a la respiración, al corazón o a la sangre en los últimos 30 días y que perjudican mi rendimiento físico o mental.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

CUADRO B - TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y:

Actualmente fumo o inhalo nicotina en otros formatos.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Tengo el colesterol alto.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Tengo hipertensión arterial.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Tengo un familiar (de primer o de segundo grado de consanguinidad) que ha fallecido de muerte súbita, enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años o tengo antecedentes familiares de enfermedades cardíacas diagnosticadas antes de los 50 años (incluidas las alteraciones del ritmo cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias o una cardiomiopatía).	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

CUADRO C - PADEZCO/HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Una cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Alguna enfermedad auditiva o una cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Sinusitis crónica en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Una cirugía ocular en los últimos 3 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

CUADRO D - PADEZCO/HE PADECIDO:

Un traumatismo craneal con pérdida del conocimiento en los últimos 5 años.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Lesiones o enfermedades neurológicas crónicas.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza crónicos por migraña en los últimos 12 meses o tomo medicación para prevenirlos.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial del conocimiento) en los últimos 5 años.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia o convulsiones, o tomo medicación para prevenirlos.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

CUADRO E - PADEZCO/HE PADECIDO:

Problemas de salud conductual, mentales o psicológicos que requieren tratamiento médico o psiquiátrico.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Un trastorno depresivo grave, pensamientos suicidas, ataques de pánico o un trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Una enfermedad de salud mental o un trastorno de aprendizaje o de desarrollo que requiere atención continua o una adaptación especial.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Adicción a las drogas o al alcohol en los últimos 5 años para la que he requerido tratamiento.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

CUADRO F - PADEZCO/HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Problemas de espalda recurrentes durante los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Una cirugía de espalda o de columna vertebral en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Diabetes, ya sea tratada mediante insulina o dieta, o diabetes gestacional, en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Una hernia sin corregir que limita mis habilidades físicas.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o un tratamiento quirúrgico para una úlcera en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

CUADRO G - HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Una cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o realizar actividad física.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Cuadros de deshidratación en los últimos 7 días que han requerido intervención médica.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o un tratamiento quirúrgico para una úlcera en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Ardor de estómago frecuente, regurgitaciones o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No
Una cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sí *	<input type="checkbox"/> No

*Se requiere una evaluación médica realizada por un profesional sanitario (véase la página 1). 2 de 3 © 2020