

Exámen Médico para el Curso de Buceo

Por favor, rellena esta sección y firma con tu nombre en la línea de abajo

A.- Rellena todos los puntos siguientes y señala cuales son los VERDADEROS en tu pasado o presente historial

- | | | |
|--|---------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Previa experiencia en el buceo. | médico: | <input type="checkbox"/> 18. Problemas de oído |
| <input type="checkbox"/> 2. Participa en deportes activos. | | <input type="checkbox"/> 19. Dificultad al oír |
| <input type="checkbox"/> 3. Electrocardiograma. | | <input type="checkbox"/> 20. Asma |
| <input type="checkbox"/> 4. Dolor de pecho | | <input type="checkbox"/> 21. Problemas de sinus |
| <input type="checkbox"/> 5. Mareos o desmayos | | <input type="checkbox"/> 22. Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> 6. Problemas mentales o emocionales | | <input type="checkbox"/> 23. Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> 7. Operación reciente o enfermedad | | <input type="checkbox"/> 24. Tos persistente |
| <input type="checkbox"/> 8. Hospitalizado | | <input type="checkbox"/> 25. Dificultades respiratorias |
| <input type="checkbox"/> 9. Herida seria | | <input type="checkbox"/> 26. Fuma / Tabaco |
| <input type="checkbox"/> 10. Invalidez | | <input type="checkbox"/> 27. Bebida |
| <input type="checkbox"/> 11. Medicación regular | | <input type="checkbox"/> 28. Mareos |
| <input type="checkbox"/> 12. Alergias, incluido drogas | | <input type="checkbox"/> 29. Claustrofobia |
| <input type="checkbox"/> 13. Epilepsia | | <input type="checkbox"/> 30. Problemas nerviosos |
| <input type="checkbox"/> 14. Problemas de corazón | | <input type="checkbox"/> 31. Diabetes |
| <input type="checkbox"/> 15. Fríos frecuentes o dolor de garganta | | <input type="checkbox"/> 32. Gafas o lentillas |
| <input type="checkbox"/> 16. Severos o frecuentes dolores de cabeza | | <input type="checkbox"/> 33. Rechazo en alguna actividad por razones físicas. |
| <input type="checkbox"/> 17. Algún problema médico serio no mencionado | | |



B. Indica TODAS las heridas serias y/o cuidados en hospital en tu Historial médico: _____

C. Enumera todos los medicamentos que tomas actualmente: _____

D. Fecha del último examen médico: _____ Fecha radiografía de tórax _____

Yo, _____ por la presente certifico que lo anteriormente escrito es correcto según mi saber y entendimiento.

Firma _____ Fecha _____

MÉDICO:

Esta persona solicita tomar parte en el curso con un equipo de buceo autónomo. Esta actividad tiene lugar bajo cambios de presión ambientales, y por consiguiente expone al individuo a presiones inusuales.

Informe de Examen médico: Por favor, revise los puntos siguientes y señale si alguno de ellos es considerado anormal. Indique en "NOTAS" los detalles pertinentes y su impresión sobre su importancia.

- A. REVISIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO (ver arriba): Historia pasada Presente
- B. AREAS DE ESPECIAL ATENCIÓN:
- Oídos y sinus. (Debe permitir equilibrar bajo cambios de presión ambiental).
 - Sistema respiratorio. (Los pulmones deben estar libres de enfermedades o defecto físico)
 - Sistema cardiovascular (Debe estar libre de defectos físicos)
 - Forma física. (El buceo exige buena forma física)
 - Estabilidad emocional y Psicológica (El buceo puede producir stress en estas áreas)

NOTAS MÉDICO: _____

APROBACIÓN (No encuentro defectos que considere incompatibles con el buceo)

DESAPROBACIÓN (El solicitante tiene defectos, que en mi opinión, constituirían un riesgo claramente aceptable)

* _____ * _____ *

Nombre del médico

Teléfono (consulta)

Dirección

* _____ * _____ * _____ *

Población

Firma del médico

Nº Colegiado

Fecha