

Buceador Médico | Cuestionario para Participantes

El buceo recreativo y la apnea requieren una buena salud física y mental. Existen algunas condiciones médicas que pueden ser peligrosas durante la práctica del submarinismo, enumeradas a continuación. Aquellos que padezcan o estén predispuestos a padecer alguna de estas afecciones deben ser evaluados por un médico. Este Cuestionario Médico del Participante de Buceo proporciona una base para determinar si usted debe buscar esa evaluación. Si tiene alguna duda sobre su aptitud para el buceo que no figure en este formulario, consulte a su médico antes de bucear. Si se encuentra mal, evite bucear. Si cree que puede tener una enfermedad contagiosa, protéjase y proteja a los demás no participando en el entrenamiento de buceo y/o en las actividades de buceo. Las referencias al «buceo» en este formulario abarcan tanto el buceo recreativo como la apnea. Este formulario está diseñado principalmente como un examen médico inicial para nuevos buceadores, pero también es apropiado para buceadores que realizan formación continua. Por su seguridad y la de los demás que puedan bucear con usted, responda a todas las preguntas con sinceridad.

Direcciones

Rellene este cuestionario como requisito previo a un curso de buceo recreativo o apnea.

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

1	He tenido problemas pulmonares, respiratorios, cardíacos y/o sanguíneos que afectan a mi rendimiento físico o mental normal.	Si <input type="checkbox"/> Ir al cuadro A	No <input type="checkbox"/>
2	Tengo más de 45 años de edad.	Si <input type="checkbox"/> Ir al cuadro B	No <input type="checkbox"/>
3	Tengo dificultades para realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros/una milla en 14 minutos o nadar 200 metros/yards sin descansar), O no he podido participar en una actividad física normal por motivos de forma física o salud en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4	He tenido problemas en los ojos, los oídos o las fosas nasales/senos nasales.	Si <input type="checkbox"/> Ir al cuadro C	No <input type="checkbox"/>
5	Me he sometido a una intervención quirúrgica en los últimos 12 meses o tengo problemas relacionados con una intervención anterior.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6	He perdido el conocimiento, he sufrido migrañas, convulsiones, derrames cerebrales, traumatismos craneoencefálicos importantes o padezco lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	Si <input type="checkbox"/> Ir al cuadro D	No <input type="checkbox"/>
7	Actualmente estoy en tratamiento (o he necesitado tratamiento en los últimos cinco años) por problemas psicológicos, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o adicción a las drogas o al alcohol; o, me han diagnosticado una discapacidad de aprendizaje o del desarrollo.	Si <input type="checkbox"/> Ir al cuadro E	No <input type="checkbox"/>
8	He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Si <input type="checkbox"/> Ir al cuadro F	No <input type="checkbox"/>
9	He tenido problemas estomacales o intestinales, incluida diarrea reciente.	Si <input type="checkbox"/> Ir al cuadro G	No <input type="checkbox"/>
10	Estoy tomando medicamentos recetados (a excepción de anticonceptivos o antipalúdicos distintos de la mefloquina (Lariam).	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Firma del Participante

Si ha respondido NO a las 10 preguntas anteriores, no es necesaria una evaluación médica. Lea y acepte la declaración del participante

Declaración del participante: He respondido honestamente a todas las preguntas y entiendo que acepto la responsabilidad de cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido incorrectamente 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/tutor del participante).

Fecha (día/mes/año)

Nombre del participante (en letra de molde)

Fecha de nacimiento (día/mes/año)

Nombre del instructor (en letra de molde)

Nombre del centro (en letra de molde)

*** Si ha respondido SÍ** a las preguntas 3, 5 ó 10 anteriores **O** a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte la declaración anterior firmándola y fechándola **Y lleve las tres páginas de este formulario (Cuestionario del participante y Formulario de evaluación del médico) a su médico para que realice una evaluación médica.** La participación en un curso de buceo requiere la aprobación de su médico.

Buceador Médico | Cuestionario para los Participantes a Continuación

RECUADRO A - TENGO/HE TENIDO:		
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía valvular cardíaca, un dispositivo médico implantable (por ejemplo stent, marcapasos, neuroestimulador), neumotórax y/o enfermedad pulmonar crónica.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limitan mi actividad física/ejercicio.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un problema o enfermedad que afecte a mi corazón, como: angina de pecho, dolor torácico de esfuerzo, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar de inmersión, infarto de miocardio o ictus, O estoy tomando medicación para cualquier afección cardíaca.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrente y tos actual en los últimos 12 meses, O haber sido diagnosticado de enfisema.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Síntomas que afecten a mis pulmones, respiración, corazón y/o sangre en los últimos 30 días y que perjudiquen mi rendimiento físico o mental.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
RECUADRO B - TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y:		
Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo un nivel de colesterol alto.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo la tensión arterial alta.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
He tenido un pariente consanguíneo cercano que ha muerto repentinamente o de enfermedad cardíaca o ictus antes de los 50 años, O tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad arterial coronaria o cardiomiopatía).	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
RECUADRO C - TENGO/HE TENIDO:		
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o problemas de equilibrio.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía ocular en los últimos 3 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
RECUADRO D - TENGO/HE TENIDO:		
Traumatismo craneal con pérdida de conocimiento en los últimos 5 años.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Lesión o enfermedad neurológica persistente.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Migrañas recurrentes en los últimos 12 meses, o tomar medicamentos para prevenirlas.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de conciencia) en los últimos 5 años.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Epilepsia, ataques o convulsiones, O toma medicamentos para prevenirlos.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
RECUADRO E - TENGO/HE TENIDO:		
Problemas de salud del comportamiento, mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico/psiquiátrico.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Depresión grave, ideación suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar no controlado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Se le ha diagnosticado una enfermedad mental o un trastorno del aprendizaje o del desarrollo que requiere cuidados continuos o adaptaciones especiales.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una adicción a las drogas o al alcohol que haya requerido tratamiento en los últimos 5 años.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
RECUADRO F - TENGO/HE TENIDO:		
Problemas de espalda recurrentes en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Diabetes, controlada mediante fármacos o dieta, O diabetes gestacional en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una hernia no corregida que limita mis capacidades físicas.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
RECUADRO G - HE TENIDO:		
Cirugía de ostomía y no tienen autorización médica para nadar o realizar actividades físicas.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Deshidratación que requiera intervención médica en los últimos 7 días.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlcera en los últimos 6 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Acidez estomacal frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn activa o no controlada.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Buceador Médico | Formulario de Evaluación del Médico Forense

Nombre del Participante

Fecha de nacimiento

(en letra de molde)

Fecha (dd/mm/aaaa)

La persona arriba mencionada solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en un entrenamiento o actividad de buceo recreativo o de apnea. Visite uhms.org para obtener orientación médica sobre las afecciones médicas relacionadas con el buceo. Revise las áreas relevantes para su paciente como parte de su evaluación.

Resultado de la Evaluación

☐ Aprobado - No encuentro ninguna condición que considere incompatible con el buceo recreativo o la apnea.

☐ No aprobado - Encuentro condiciones que considero incompatibles con el buceo recreativo o en apnea.

Firma del médico colegiado o de otro proveedor de servicios médicos legalmente acreditado

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del Médico Forense

(en letra de molde)

Titulaciones / Credenciales Clínicas

Clínica / Hospital

Dirección

Teléfono

Email

Sello del Médico / Clínica (Opcional)

Creado por el Diver Medical Screen Committee en asociación con los siguientes organismos:

Sociedad Médica Submarina e Hiperbárica

DAN (EE.UU.)

DAN Europa

División de Medicina Hiperbárica, Universidad de California, San Diego