



## Informe médico del buceador – Cuestionario del participante (confidencial)

El buceo requiere una buena salud física y mental. Hay algunas condiciones médicas que pueden ser peligrosas durante la práctica del buceo, y que se enumeran a continuación. Aquellos que tienen o están predispuestos a cualquiera de estas condiciones, deben ser evaluados por un médico. Este Cuestionario de Médico del Buceador proporciona una base para determinar si Ud. debe buscar esa evaluación. Si tiene alguna inquietud acerca de su estado físico para la práctica del buceo y no están representadas en este formulario, consulte con su médico antes de bucear. Las referencias a "buceo" en este formulario abarcan tanto el buceo Recreativo con equipo autónomo como el buceo en apnea. Este formulario está diseñado principalmente como un examen médico inicial para los nuevos buceadores, pero también es apropiado para los buceadores que reciben educación continua. **Por su seguridad y la de otras personas que pueden bucear con usted, responda a todas las preguntas honestamente.**

### Instrucciones

**Complete este cuestionario como requisito previo para el entrenamiento de apnea o de buceo con equipo autónomo**

**Nota: Si usted está embarazada o intenta quedarse embarazada, no bucee**

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Mayúsculas)  Fecha (dd/mm/aaaa)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. He tenido problemas con mis pulmones/respiración, corazón o sangre afectando mi rendimiento normal, físico o mental.                                                                                                                                                             | Si <input type="checkbox"/><br>Ir al Cuadro A | No <input type="checkbox"/> |
| 2. Tengo más de 45 años.                                                                                                                                                                                                                                                            | Si <input type="checkbox"/><br>Ir al Cuadro B | No <input type="checkbox"/> |
| 3. Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros/una milla en 12 minutos o nadar 200 metros/yardas 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.      | Si <input type="checkbox"/> *                 | No <input type="checkbox"/> |
| 4. He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales / senos paranasales.                                                                                                                                                                                                    | Si <input type="checkbox"/><br>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.                                                                                                                                                                | Si <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.                                                                    | Si <input type="checkbox"/><br>Ir al Cuadro D | No <input type="checkbox"/> |
| 7. Actualmente estoy en tratamiento (o he requerido tratamiento en los últimos cinco años) por problemas psicológicos, trastorno de personalidad, ataques de pánico o adicción a las drogas o al alcohol, o me han diagnosticado una discapacidad del aprendizaje o del desarrollo. | Si <input type="checkbox"/><br>Ir al Cuadro E | No <input type="checkbox"/> |
| 8. He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.                                                                                                                                                                                                                      | Si <input type="checkbox"/><br>Ir al Cuadro F | No <input type="checkbox"/> |
| 9. He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.                                                                                                                                                                                                     | Si <input type="checkbox"/><br>Ir al Cuadro G | No <input type="checkbox"/> |
| 10. Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos que no sea Lariam-mefloquina).                                                                                                                                   | Si <input type="checkbox"/> *                 | No <input type="checkbox"/> |

**Si respondió NO** a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte con la fecha y su firma la declaración del participante en la página 3.

\* **Si respondió SI** a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores o a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte con la fecha y su firma la declaración en la página 3 y lleve el Formulario de **Evaluación del Médico (página 3) a su médico**, para una evaluación médica. Su participación en el buceo, requiere la aprobación de un médico.

## Informe médico del buceador – Cuestionario del participante (confidencial) - continúa

| <b>Cuadro A – Tengo/he tenido/he sido:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvulas cardíacas, un dispositivo médico implantable (p. Ej.: Stent, marcapasos, neuroestimuladores), 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 limite mi actividad física/ejercicio.                                                                                                                                                                                            | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Un problema o enfermedad que involucra mi corazón como: angina de pecho, dolor en el pecho en el esfuerzo, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, miocardiopatía o accidente cerebrovascular, <u>O</u> estoy tomando medicamentos para cualquier afección cardíaca.                                                                                 | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, <b>O</b> han sido diagnosticados con enfisema.                                                                                                                                                                                                                                      | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Síntomas que afectaron mis pulmones, respiración, corazón y/o sangre en los últimos 30 días que perjudiquen mi rendimiento físico o mental                                                                                                                                                                                                           | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro B – Tengo más de 45 años Y:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                               |                             |
| Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Tengo un nivel alto de colesterol.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Tengo presión arterial alta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| He tenido un familiar (de 1er. O 2º grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita o de enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, <b>O</b> tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatía) | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro C – Tengo/he tenido:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                             |
| Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del 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"/> |
| <b>Cuadro D – Tengo/he tenido:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                             |
| Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.                                                                                                                                                                                                                                             | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.                                                                                                                                                                                                                                                          | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia, ataques o convulsiones, <b>O</b> tomo medicamentos para prevenirlos.                                                                                                                                                                                                                                                                      | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro E – Tengo/he tenido:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                             |
| Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico/psiquiátrico.                                                                                                                                                                                                                                                   | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.                                                                                                                                                                                                             | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje/desarrollo que requiere atención continua o medidas específicas de adaptación.                                                                                                                                                                                 | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.                                                                                                                                                                                                                                                               | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro F – Tengo/he tenido:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                               |                             |
| Problemas recurrentes en la espalda 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, ya sea controlada por drogas o por dieta o diabetes gestacional en los últimos 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                   | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Una hernia no corregida que limita mis habilidades 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"/> |
| <b>Cuadro G – Tengo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                             |
| Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.                                                                                                                                                                                                                                                       | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Deshidratación que requiere 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 úlceras en los últimos 6 meses.                                                                                                                                                                                                                                                | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).                                                                                                                                                                                                                                                          | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |
| Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Si <input type="checkbox"/> * | No <input type="checkbox"/> |

\*Se requiere una evaluación por parte del médico (ver página 1).

## Firma 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 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/tutor del participante.)

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (Mayúsculas)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Instructor (Mayúsculas)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Centro e Buceo (Mayúsculas)

## Informe Médico del Buceador | Formulario de Evaluación del Médico

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ (Mayúsculas) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Mayúsculas) Fecha (dd/mm/aaaa)

La persona mencionada anteriormente solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en el entrenamiento o actividad de buceo. Visite [uhms.org](http://uhms.org) (sólo en Inglés) para obtener orientación médica sobre afecciones médicas relacionadas con el buceo. Revise si desea las áreas relevantes para su paciente como parte de su evaluación.

### Resultado de la Evaluación

- Apto– No encuentro condiciones que considere incompatibles con el buceo.**  
 **No Apto – Encuentro condiciones que considero incompatibles con el buceo.**

|                                           |  |                     |  |
|-------------------------------------------|--|---------------------|--|
| Firma del médico:                         |  | Fecha (dd/mm/aaaa): |  |
| Nombre del médico:                        |  | Especialidad:       |  |
| Clínica / Hospital:                       |  |                     |  |
| Dirección:                                |  |                     |  |
| Teléfono                                  |  | Email:              |  |
| Sello de la clínica del médico (opcional) |  |                     |  |

Basado en el formulario creado por el [Diver Medical Screen Committee](http://Diver Medical Screen Committee) en asociación con The Undersea & Hyperbaric Medical Society; DAN (EE. UU.); DAN Europa y la División de Medicina Hiperbárica, Universidad de California, San Diego