

# EXAMEN MÉDICO PARA EL CURSO DE BUCEO

## ASPIRANTE:

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 VERDADEROS en tu pasado o presente historial médico:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Previa experiencia en el buceo            | <input type="checkbox"/> Problemas de oído                               |
| <input type="checkbox"/> Participa en deportes activos             | <input type="checkbox"/> Dificultades al oír                             |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma                        | <input type="checkbox"/> Asma  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                            | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis                          |
| <input type="checkbox"/> Mareos o desmayos                         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas mentales o emocionales          | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios                         |
| <input type="checkbox"/> Operación reciente o enfermedad           | <input type="checkbox"/> Tos persistente                                 |
| <input type="checkbox"/> Hospitalizado                             | <input type="checkbox"/> Dificultades respiratorias                      |
| <input type="checkbox"/> Herida seria                              | <input type="checkbox"/> Fuma/Tabaco                                     |
| <input type="checkbox"/> Invalidez                                 | <input type="checkbox"/> Bebida  |
| <input type="checkbox"/> Medicación regular                        | <input type="checkbox"/> Mareos  |
| <input type="checkbox"/> Alergias, incluido drogas                 | <input type="checkbox"/> Claustrofobia                                   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                                 | <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos                             |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón                      | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Fríos frecuentes o dolor de garganta      | <input type="checkbox"/> Gafas o lentillas                               |
| <input type="checkbox"/> Severos o frecuentes dolores de cabeza    | <input type="checkbox"/> Rechazo en alguna actividad por razones físicas |
| <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

## MEDICO:

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):

- B. ÁREAS DE ESPECIAL ATENCIÓN:  Historia pasada  Presente
- Oídos y sinusitis (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 estrés 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 ▲ N° Colegiado ▲ Fecha