

# CENTRO DE BUCEO SEA DIVER



D / Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ y D /  
Dña. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ como  
tutores legales de \_\_\_\_\_, con DNI  
\_\_\_\_\_, nacido/a el día \_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo/a a participar en  
la actividad "BAUTIZO DE BUCEO" con el Centro de Buceo Sea Diver los días 14  
y/o 15 de septiembre de 2024.

Fecha y firma tutores legales:

\_\_\_\_\_

**Número de pie:**

**Talla de ropa:**



## CUESTIONARIO MÉDICO

(Version 16.11.3)

### INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Nombre: \_\_\_\_\_

F. Nac: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

### INDICACIÓN AL MÉDICO QUE HACE EL RECONOCIMIENTO

Las actividades de buceo técnico con aire comprimido, mezclas con aire enriquecido (Nitrox), oxígeno, helio y/o Trimix son físicamente exigentes y obligarán al alumno a hacer ejercicio físico durante el buceo y puede resultar en lesiones o muerte por causa de la enfermedad descompresiva, embolia, heridas por fauna marina, barotraumas y/o lesiones hiperbáricas que pueden requerir tratamiento en una cámara hiperbárica. Pueden ocurrir ataques cardíacos, hiperventilación por pánico, toxicidad por oxígeno, narcosis por gas inerte, ahogamiento u otros fallos orgánicos.

Lea cada pregunta cuidadosamente y conteste sinceramente. Explique cada respuesta "SI" en el espacio disponible al final del cuestionario. Este formulario y sus respuestas es confidencial. Una respuesta "SI" no le excluye necesariamente de la participación en un programa de buceo técnico IANTD.

ASPECTOS MÉDICOS	SI o NO
1. <b>CONDICIONES NEUROLÓGICAS:</b> Historial de convulsiones, pérdidas de conocimiento, cirugía cerebral, migrañas agudas dolores de cabeza, o aneurisma en los vasos sanguíneos cerebrales.	
2. <b>CONDICIONES CARDIOVASCULARES:</b> Ataques cardíacos, cirugía en el corazón, latidos irregulares, presión sanguínea elevada incontrolada (hipertensión).	
3. <b>ASPECTOS PULMONARES:</b> Historial de colapso de un pulmón espontáneo o por una herida, quistes o bolsas de aire en los pulmones, daños serios en el tejido pulmonar, enfisema o cualquier problema pulmonar que pueda interferir con la capacidad de respirar.	
4. <b>OÍDOS:</b> Orificios permanentes en los tímpanos, historial de tímpano perforado, tubos permanentes en los tímpanos, pérdida de audición total o parcial en uno o ambos oídos o cirugía mayor en el oído.	
5. <b>SENOS NASALES:</b> Tumores, pólipos o quistes en los senos o canales nasales, cirugía mayor de senos, o infección crónica en los senos.	
6. <b>ASMA:</b> Historial de asma o ataques de asma. Silbidos producidos por el ejercicio, ansiedad, frío, fatiga, etc... Cualquier problema que requiera medicación o uso de inhaladores para controlar los silbidos.	
7. <b>DIABETES MELLITUS:</b> Especialmente tipo I (Insulinodependiente) o tipo II, que requieren insulina o medicación oral para su control. Cualquier tipo de diabetes inestable con episodios de hipoglicemia o hiperglicemia. Azúcar en sangre extremadamente alta con ketosis, o problemas renales, en la vista, cardíacos o enfermedad en los vasos sanguíneos e historial de azúcar en sangre elevada o azúcar elevada en sangre durante el embarazo.	
8. <b>EMBARAZO:</b> Si estas actualmente embarazada o puedes quedar embarazada antes de completar tu curso de buceo.	
9. <b>HISTORIAL PREVIO DE ENFERMEDADES DE BUCEO:</b> Historial previo de un accidente de buceo, enfermedad descompresiva, descompresión del oído interno o embolia de aire.	
10. <b>MEDICATION:</b> Toma cualquier tipo de medicación regularmente recetada por un médico o no.	
11. <b>PROBLEMAS MÉDICOS GENERALES:</b> Cualquier problema físico y/o emocional no mencionada que pueda afectar la seguridad o buen juicio del alumno en el ambiente subacuático o bajo estrés físico.	
12. <b>POR FAVOR, EXPLIQUE CUALQUIER RESPUESTA "SI" EN LA PREGUNTAS 1 AL 11.</b> a. Primero indique el número y luego escriba la explicación. Use la parte de atrás de esta hoja:	

Iniciales: \_\_\_\_\_

Yo certifico que he respondido las preguntas anteriores sinceramente y honestamente.

### FIRMAS:

Firma del Alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el alumno tiene menos de 18 años se requiere también la firma del padre o tutor legal para certificar la veracidad de la información.

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_





## CUESTIONARIO MÉDICO

(Version 16.11.3)

### AVISO:

**Descongestionantes orales, parches dérmicos, o medicación oral para el mareo, parches de nicotina, todas las drogas legales o ilegales aisladas o combinadas, PUEDEN causar reacciones adversas, sino fatales, especialmente si se toman inmediatamente antes de bucear.**

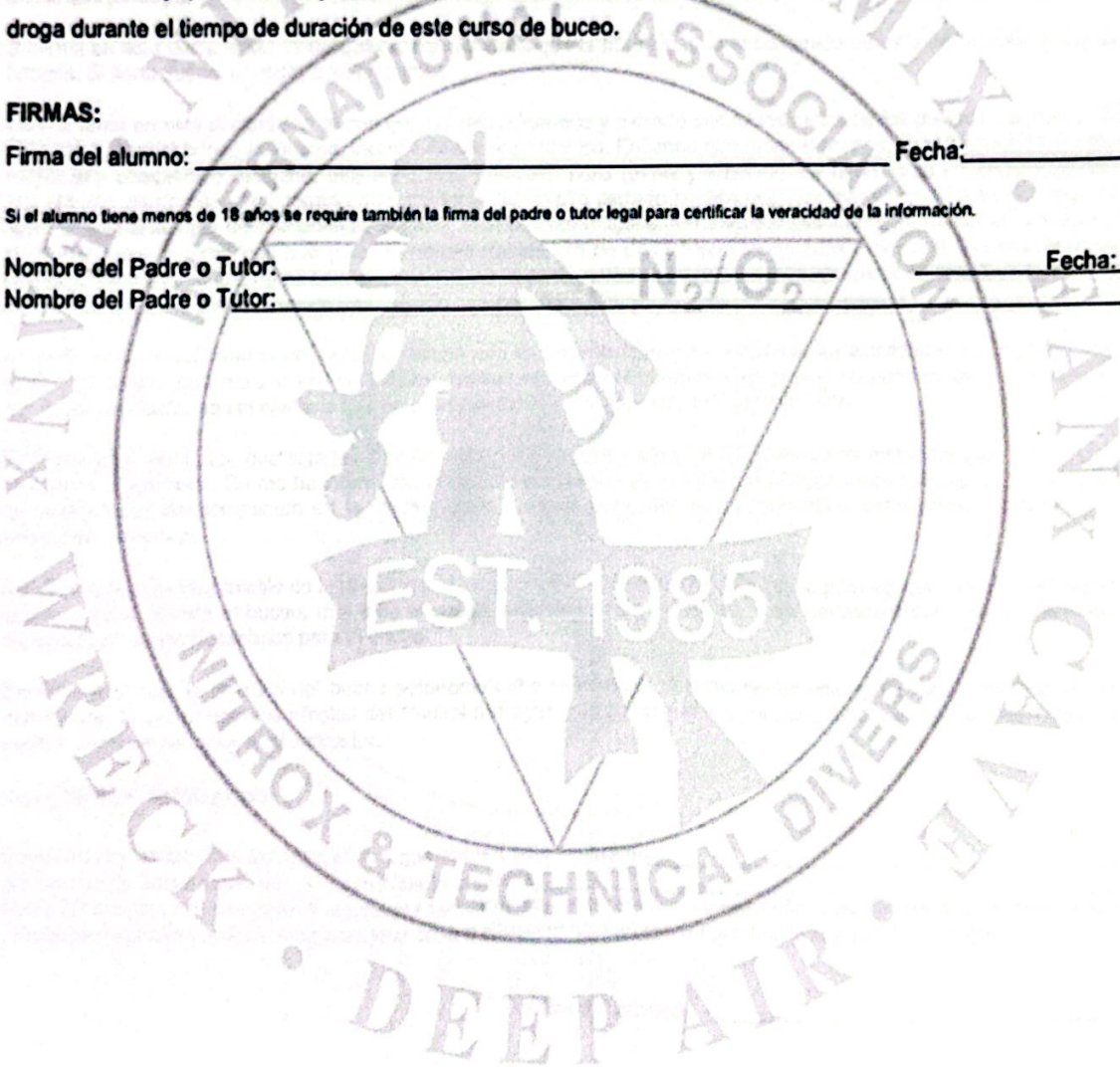
Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que he leído el aviso indicado arriba y que entiendo y tomo responsabilidad de mis acciones sobre el uso o mal uso de cualquier droga durante el tiempo de duración de este curso de buceo.

### FIRMAS:

Firma del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el alumno tiene menos de 18 años se requiere también la firma del padre o tutor legal para certificar la veracidad de la información.

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_





## DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE RIESGOS Y RESPONSABILIDAD EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN IANTD

Nombre \_\_\_\_\_

Curso \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del instructor \_\_\_\_\_

### Declaración de Riesgos y Responsabilidad

Esta es una declaración por la que se le informa de los riesgos del buceo en apnea y el buceo autónomo. Esta declaración también establece que Ud participa en este programa de formación bajo su propio riesgo y las condiciones en las que participa.

Su firma en esta declaración es obligatoria como prueba que la ha leído. Lea el contenido de esta declaración antes de firmarla. Si tiene dudas, consulte a su instructor.

Con mi firma en esta declaración afirmo que he sido informado y avisado por mi instructor de los peligros inherentes de las actividades del buceo autónomo, incluyendo el buceo técnico. Entiendo que respirar un gas comprimido bajo el agua como: aire comprimido, oxígeno, aire enriquecido (Nitrox), helio (trimix y/o heliox) y/o neon tanto en circuito abierto, recicladores de circuito semi-cerrado o recicladores de circuito cerrado implican riesgos inherentes incluyendo, pero no limitado a, lesiones por descompresión, embolia, toxicidad por oxígeno, narcosis por gas inerte, lesiones por vida marina y otras lesiones hiperbáricas que pueden requerir tratamiento en una cámara hiperbárica o hospital. Entiendo que las salidas de buceo, que son necesarias para completar la certificación de buceo, pueden realizarse en lugares remotos, en tiempo, en distancia o en ambas de una instalación hiperbárica o cualquier otra instalación médica.

Entiendo que las actividades de buceo autónomo son físicamente exigentes y durante las actividades de buceo en que participaré tendré que realizar esfuerzo físico, esto es especialmente importante ya que se pueden dar enfermedades cardíacas asociadas con el ejercicio que en el ambiente de buceo pueden producir la muerte.

Es importante, por tanto, que siga las instrucciones, indicaciones y recomendaciones de mi instructor para evitar estos riesgos o minimizarlos. Se me ha informado también que el buceo se practica en parejas asumiendo la responsabilidad de la seguridad del compañero en la medida de lo posible y por ello es imprescindible estar atento y cerca de mi compañero asignado.

Entiendo que sere responsable de inspeccionar mi equipo de buceo antes de cada buceo para asegurar que tengo todo el equipo necesario para el buceo, que todo el equipo esta en buenas condiciones de funcionamiento y tengo suficiente suministro de gases necesarios para el buceo.

Entiendo que para la práctica del buceo autónomo debo estar en la mejores condiciones y no debo participar en las actividades de buceo bajo los efectos del alcohol o drogas que puedan limitar mi capacidad y ponerme en riesgo a mi mismo, a mi compañero y a mi instructor.

### Aceptación del Riesgo

Comprendo y acepto que, los instructores que dirigen este programa \_\_\_\_\_  
ni el centro de buceo o escuela de buceo que lo organiza \_\_\_\_\_  
ni IANTD aceptan responsabilidad alguna por fallecimiento, lesion u otros daños/pérdidas que yo sufra en la medidia que resulte de mi propia conducta o de cualquier cosa o situación bajo mi control que implique mi propia negligencia.

Firma del alumno \_\_\_\_\_





## DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE RIESGOS Y RESPONSABILIDAD EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN IANTD

Al firmar esta declaración, de manera voluntaria, afirmo y acepto que he leído completamente esta declaración y he comprendido y aceptado los riesgos de los que he sido informado. Entiendo que, en ausencia de cualquier negligencia u otro incumplimiento de las obligaciones de los profesionales que dirigen este programa, que mi participación en este programa de buceo queda enteramente bajo mi propio riesgo y responsabilidad

Nombre del participante (Letras mayúsculas):

\_\_\_\_\_

Firma del participante:

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Si el participante tiene menos de 18 años de edad, es necesario que un padre o tutor legal firmen este acuerdo asumiendo la responsabilidad de la participación del menor en las actividades de buceo.

\_\_\_\_\_

Nombre de un padre o tutor legal (mayúsculas)

\_\_\_\_\_

Firma de un padre o tutor legal