

## Informe médico del buceador | Cuestionario del Participante

El buceo exige tener una buena salud física y mental. A continuación, se enumeran algunas de las enfermedades o problemas de salud que pueden ser peligrosos durante la práctica del buceo. Los buceadores que padecen o son propensos a padecer cualquiera de estas afecciones deben superar un examen médico. Este cuestionario sobre el estado de salud para la práctica del buceo recreativo le permite saber, a modo de referencia, si necesita realizar dicho examen. Si tiene alguna duda o no está seguro de si su condición física es adecuada para la práctica del buceo y el presente formulario no le sirve como orientación, consulte con su médico antes de bucear. Si se encuentra mal, no bucee. Si cree que quizá tenga una enfermedad contagiosa, protéjase y proteja a los demás evitando participar en actividades y/o formación de buceo. Cuando en este formulario se emplea el término «buceo», se hace referencia tanto al buceo recreativo con equipo autónomo como a la apnea. Este formulario está diseñado para utilizarse principalmente como una evaluación médica inicial para los buceadores que comienzan a practicar esta actividad, pero también es adecuado para los buceadores que reciben educación continua. Por su seguridad y la de los buceadores que le acompañan, responda a todas las preguntas honestamente.

### Instrucciones

**Complete este cuestionario como requisito previo para recibir formación relacionada con la apnea o el buceo con equipo autónomo.**

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

|    |   |   |                             |
|----|---|---|-----------------------------|
| 1  | He tenido algún problema respiratorio o de salud relacionado con los pulmones, el corazón o la sangre o me han diagnosticado de COVID-19.   | Sí <input type="checkbox"/><br>Vaya al cuadro A | No <input type="checkbox"/> |
| 2  | Tengo más de 45 años.   | Sí <input type="checkbox"/><br>Vaya al cuadro B | No <input type="checkbox"/> |
| 3  | Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros en 12 minutos o nadar 200 metros sin descansar) o no he podido realizar actividad física normal por motivos de salud o por mi estado físico en los últimos 12 meses.                               | Sí * <input type="checkbox"/>                   | No <input type="checkbox"/> |
| 4  | He tenido algún problema ocular, auditivo o relacionado con las fosas nasales o los senos paranasales.  | Sí <input type="checkbox"/><br>Vaya al cuadro C | No <input type="checkbox"/> |
| 5  | Me he operado en los últimos 12 meses o actualmente padezco algún tipo de afectación derivada de una operación quirúrgica anterior.   | Sí * <input type="checkbox"/>                   | No <input type="checkbox"/> |
| 6  | He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migraña, he sufrido convulsiones, un accidente cerebrovascular o una lesión grave en la cabeza o padezco una enfermedad o lesión neurológica permanente.  | Sí <input type="checkbox"/><br>Vaya al cuadro D | No <input type="checkbox"/> |
| 7  | Estoy realizando un tratamiento (o he completado un tratamiento en los últimos cinco años) para tratar problemas psicológicos, trastornos de la personalidad, ataques de pánico, una adicción a las drogas o al alcohol o me han diagnosticado una dificultad de aprendizaje. | Sí <input type="checkbox"/><br>Vaya al cuadro E | No <input type="checkbox"/> |
| 8  | He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.   | Sí <input type="checkbox"/><br>Vaya al cuadro F | No <input type="checkbox"/> |
| 9  | He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea recientemente.   | Sí <input type="checkbox"/><br>Vaya al cuadro G | No <input type="checkbox"/> |
| 10 | Estoy tomando medicamentos bajo prescripción médica (con la excepción de los anticonceptivos o medicamentos antipalúdicos que no sean mefloquina/Lariam).   | Sí * <input type="checkbox"/>                   | No <input type="checkbox"/> |

### Firma del participante

Si respondió «NO» a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte la Declaración del Participante a continuación, añadiendo la fecha y su firma.

**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 falsamente o por no haber informado de cualquier problema de salud existente o anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante (o, si es menor de edad, se requiere la firma del padre/madre/tutor del Participante.)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (en letra mayúscula)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del instructor (en letra mayúscula)

\_\_\_\_\_  
Nombre del centro de buceo (en letra mayúscula)

\* Si respondió SÍ a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores O a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte la declaración anterior añadiendo la fecha y su firma, Y entregue a su médico las tres páginas que conforman el presente formulario (el cuestionario del Participante y el formulario del examen médico) para que pueda realizarle un examen médico. No puede participar en un programa de formación de buceo sin la aprobación de su médico.

## Informe médico del buceador | Cuestionario del Participante (continuación)

| <b>Cuadro A - Tengo/he tenido:</b>   |                               |                             |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| Una cirugía torácica, cardíaca o cirugía de válvula cardíaca, un neumotórax (colapso pulmonar) o tengo un estent implantado.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o una obstrucción de las vías respiratorias en los últimos 12 meses, que limita mi capacidad física o me impide practicar ejercicio con normalidad.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Un problema o enfermedad del corazón como, por ejemplo, una angina de pecho, dolor en el pecho al hacer esfuerzos, una insuficiencia cardíaca, un edema pulmonar por inmersión o un infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, o estoy en tratamiento por afección cardíaca.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis crónica y tos persistente en los últimos 12 meses, o me han diagnosticado un enfisema pulmonar.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Me han diagnosticado de COVID-19.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro B - Tengo más de 45 años y:</b>  |                               |                             |
| Actualmente fumo o inhala nicotina por otros medios.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tengo un nivel de colesterol alto.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tengo hipertensión arterial.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| He tenido un familiar (de primer o segundo grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita, enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, o tengo antecedentes familiares por enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidas las alteraciones del ritmo cardíaco, la enfermedad de las arterias coronarias o una cardiomiopatía). | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro C - Tengo/he tenido:</b>   |                               |                             |
| Una cirugía sinusal en los últimos 6 meses.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Alguna enfermedad auditiva o una cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis crónica en los últimos 12 meses.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Una cirugía ocular en los últimos 3 meses.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro D - Tengo/he tenido:</b>   |                               |                             |
| Una lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento en los últimos 5 años.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza crónicos por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicación para prevenirlos.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial del conocimiento) en los últimos 5 años.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicación para prevenirlos.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro E - Tengo/he tenido:</b>   |                               |                             |
| Problemas de salud conductual, mentales o psicológicos, que requieren tratamiento médico o psiquiátrico.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Un trastorno depresivo mayor, tendencias suicidas, ataques de pánico o un trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Me han diagnosticado una enfermedad de salud mental, un trastorno de aprendizaje o de desarrollo que requiere atención continua.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Adicción a las drogas o al alcohol, que ha requerido tratamiento, en los últimos 5 años.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro F - Tengo/he tenido:</b>   |                               |                             |
| En los últimos 6 meses problemas crónicos en la espalda que limitan mi actividad diaria.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Una cirugía de espalda o de columna vertebral en los últimos 12 meses.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Diabetes, ya sea tratada mediante insulina o dieta, o diabetes gestacional, en los últimos 12 meses.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Una hernia sin corregir que limita mis habilidades físicas.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o un tratamiento quirúrgico de una úlcera en los últimos 6 meses.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| <b>Cuadro G – Tengo/he tenido:</b>   |                               |                             |
| Una cirugía de ostomía, por lo que no tengo autorización médica para nadar o participar en actividades físicas.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Deshidratación, que ha requerido intervención médica, en los últimos 7 días.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o un tratamiento quirúrgico de una úlcera en los últimos 6 meses.   | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Colitis ulcerosa activa o no controlada o la enfermedad de Crohn.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Una cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.  | Sí * <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

\* Se requiere una evaluación médica realizada por un profesional sanitario (véase la página 1).

Nombre del Participante

Fecha de nacimiento

(en letra mayúscula)

Fecha (dd/mm/aaaa)

## Informe médico del buceador | Formulario del examen médico

La persona mencionada anteriormente solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en la formación o la práctica del buceo recreativo o la apnea. Visite [uhms.org](http://uhms.org) para obtener información médica sobre los problemas de salud que afectan al buceo. Evalúe las áreas importantes con respecto a su paciente como parte de su evaluación.

### Resultado de la evaluación

- Apto: No advierto ningún problema de salud que considere incompatible con el buceo recreativo o la apnea.
- No apto: Advierto algún problema de salud que considero incompatible con el buceo recreativo o la apnea.

Firma del médico

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del médico

Especialidad

(en letra mayúscula)

Clínica/hospital

Dirección

Teléfono

Correo electrónico

Sello del médico/hospital (opcional)

Creado por el [Diver Medical Screen Committee](#) (DMSC) en colaboración con las siguientes entidades:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (Estados Unidos)**

**DAN Europa**

**Centro de Medicina Hiperbárica de la Universidad de California en**

**San Diego (UCSD)**