

ANEXO I

Cuestionario sobre el estado de salud para la práctica del buceo recreativo

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 para las mujeres: Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, **no bucee.**

1. He tenido problemas con mis pulmones o respiración, corazón o sangre.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro A	No <input type="checkbox"/>
2. Tengo más de 45 años.	Sí <input type="checkbox"/> Ir 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 participar en una actividad física normal debido a razones de estado físico o de salud en los últimos 12 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4. He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales o senos paranasales.	Sí <input type="checkbox"/> 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.	Sí <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.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro D	No <input type="checkbox"/>
7. He tenido problemas psicológicos, me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro E	No <input type="checkbox"/>
8. He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro F	No <input type="checkbox"/>
9. He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	Sí <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro G	No <input type="checkbox"/>
10. Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos).	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 con 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 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

Fecha de Nacimiento

Nombre del Instructor

Nombre del Centro de Buceo

* **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 con la fecha y su firma, y lleve el Formulario de **Evaluación del Médico a su médico**, para una evaluación médica. La participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la evaluación y aprobación de su médico.

Nombre del Participante _____
 Fecha de Nacimiento _____

Informe Médico del Buceador | Cuestionario del Participante (confidencial)

Cuadro A – Tengo/he tenido:		
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvula cardíaca, colocación de “stent” o neumotórax (pulmón colapsado).	Sí <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 o ejercicio.	Sí <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, o estoy tomando medicamentos para cualquier afección cardíaca.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, o han sido diagnosticados con enfisema.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cuadro B – Tengo más de 45 años y:		
Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo un nivel alto de colesterol.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo presión arterial alta.	Sí <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, o tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatía)	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cuadro C – Tengo/he tenido:		
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía ocular en los últimos 3 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cuadro D – Tengo/he tenido:		
Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia 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 recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicamentos para prevenirlos.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Cuadro E – Tengo/he tenido:

Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico o psiquiátrico.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje o desarrollo que requiere atención continua.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Cuadro F – Tengo/he tenido:

Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Diabetes, ya sea controlada por insulina o por dieta, o diabetes gestacional en los últimos 12 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Cuadro G – Tengo:

Cirugía de oostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras 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 enfermedad de Crohn.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	Sí <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

CONSENTIMIENTO CESION DE DATOS PERSONALES Y/O ALUMNO

Nombre: _____ D.N.I.: _____
En Representación legal de la empresa: _____ con CIF: _____
En Representación legal de (nombre del menor de edad): _____

AUTORIZA al Responsable del Tratamiento: **Erika Lopez Slu con CIF B17705351 domicilio en Avda. Raimon de Penyafort 11 Local 3. 17320 Tossa de Mar (Girona) y correo electrónico info@andreasdiving.com** al tratamiento de los datos proporcionados.

“Informarle que tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado y realizar su facturación. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento de la finalidad para la que los datos fueron recabados. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener información de si estamos tratando sus datos personales, por lo que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de datos y oposición y limitación a su tratamiento ante **Erika Lopez Slu con CIF B17705351 domicilio en Avda. Raimon de Penyafort 11 Local 3. 17320 Tossa de Mar (Girona) y correo electrónico info@andreasdiving.com** adjuntando copia de su DNI o documento equivalente. Asimismo, y especialmente si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control dirigiéndose a estos efectos a la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid.

- Consiento la recopilación de los datos necesarios (incluido la realización de un cuestionario de Salud) y obligatorios para la realización del curso y obtener la certificación del mismo. Autorizando que estos datos sean recogidos en los formularios expresamente facilitados por la empresa Padi Europe con CIF GB609311560 y con dirección The Pavillions, bridgwater road , BRISTOL bs13 8 AE encargada de la certificación del curso.
- Consiento la recopilación de los datos de salud, necesarios y obligatorios, para verificar el ser apto para realizar la actividad de buceo, incluidos los datos de salud relacionados con el Covid19.
- Consiento el envío de comunicaciones comerciales publicitarias relacionadas con nuestros productos y servicios por cualquier medio electrónico o físico, presente o futuro, que posibilite realizar comunicaciones comerciales.”
- Consiento la inclusión en un grupo de Whatsapp dedicado única y exclusivamente a información relacionada con el curso de buceo que voy a realizar.

En _____, a _____ de _____ de 20__.

Firma: