



Nombre del participante

Fecha de nacimiento

(en letra impresa)

Fecha (DD/MM/AA)



Informe médico del buceador | Cuestionario del participante

Las actividades de buceo recreativo y apnea exigen que la persona que desea practicarlas goce de buena salud física y mental. A continuación, se enumeran algunas de las enfermedades o problemas de salud que pueden suponer un riesgo durante la práctica del buceo. Los buceadores que padecen o son propensos a padecer cualquiera de estas afecciones deben someterse a un examen médico. Este cuestionario médico para participantes en programas de buceo te permite saber, a modo de referencia, si necesitas someterte a dicho examen. Si tienes alguna duda o consideras que los resultados del presente formulario no se corresponden con tu condición física, consulta con tu médico antes de bucear. Si te encuentras mal, no bucees. Si crees que podrías padecer alguna enfermedad contagiosa, protégete y protege a los demás: evita participar en actividades o sesiones de formación de buceo. En el presente formulario, el término «buceo» hace referencia tanto al buceo recreativo como a la apnea. Este formulario está diseñado para utilizarse fundamentalmente como evaluación médica inicial en los buceadores que han comenzado recientemente la práctica de esta actividad, pero también es adecuado para aquellos que reciben educación continua. Por tu seguridad y la de los buceadores que te acompañan, responde a todas las preguntas con sinceridad.

Instrucciones

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

Nota: Si estás embarazada o intentas quedarte embarazada, no bucees.

1	He tenido problemas en los pulmones, con la respiración, con el corazón o con la sangre que han afectado a mi rendimiento físico o mental normal.	☐ Sí Ve al cuadro A	☐ No
2	Tengo más de 45 años.	☐ Sí Ve al cuadro B	☐ No
3	Me cuesta hacer ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros en 14 minutos o nadar 200 metros sin descansar) o no he podido hacer actividad física normal por motivos de salud o por mi estado físico en los últimos 12 meses.	☐ Sí *	☐ No
4	He tenido algún problema ocular, auditivo o relacionado con las fosas nasales o los senos paranasales.	☐ Sí Ve al cuadro C	☐ No
5	Me he operado en los últimos 12 meses o actualmente padezco algún tipo de afección derivada de una intervención quirúrgica anterior.	☐ Sí *	☐ No
6	He perdido el conocimiento, he padecido dolores de cabeza por migraña, convulsiones, un accidente cerebrovascular o un traumatismo craneal grave o padezco una enfermedad o lesión neurológica permanente.	☐ Sí Ve al cuadro D	☐ No
7	Estoy siguiendo un tratamiento (o he seguido 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 o de comportamiento.	☐ Sí Ve al cuadro E	☐ No
8	He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	☐ Sí Ve al cuadro F	☐ No
9	He padecido recientemente problemas estomacales o intestinales (por ejemplo, diarrea).	☐ Sí Ve al cuadro G	☐ No
10	Estoy tomando medicamentos bajo prescripción médica (excepto si se trata de anticonceptivos o medicamentos antipalúdicos que no sean mefloquina, como Lariam).	☐ Sí *	☐ No

Firma del participante

Si has respondido «NO» a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Añade a continuación la fecha y tu firma para aceptar la declaración 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 falsamente o por no haber informado de cualquier problema de salud existente o anterior.

Firma del participante (si es menor de edad, se requiere la firma del padre/madre/tutor del participante)
Nombre del participante (en letra impresa)
Nombre del instructor (en letra impresa)

Fecha (DD/MM/AA)
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)
Nombre de las instalaciones/centro de buceo (en letra impresa)

* Si has respondido «Sí» a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores O BIEN a cualquiera de las preguntas de la página 2, lee y acepta la declaración anterior añadiendo la fecha y tu firma Y DESPUÉS entrega a tu médico las tres páginas que conforman el presente formulario (el cuestionario del participante y el formulario del examen médico) para que te haga un examen médico. No puedes participar en un programa de formación de buceo sin autorización médica.

Fecha de la versión: 01-02-2022 1 de 3 © 2020



SSI Training Center #766001
SSI Service Center Thailand (East Coast Region)
 5/27-30 Moo 2, T. Koh Tao, 84360 Suratthani
 THAILAND
 thailand@divessi.com | Tel: +66 77 456 289



17.03.2026



Nombre del participante

Fecha de nacimiento

(en letra impresa)

Fecha (DD/MM/AA)

Informe médico del buceador | Cuestionario del participante (continuación)

CUADRO A - PADEZCO/HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Una cirugía torácica, una cirugía cardíaca, una cirugía de válvulas cardíacas, un dispositivo médico implantable (por ejemplo, un stent, un marcapasos o un neuroestimulador), un neumotórax o una enfermedad pulmonar crónica.	☐ Sí *	☐ No
Asma, sibilancias, alergias graves, alergia al polen o alguna obstrucción de las vías respiratorias en los últimos 12 meses, que limita mi capacidad física o me impide practicar ejercicio con normalidad.	☐ Sí *	☐ No
Un problema o enfermedad del corazón, por ejemplo, angina de pecho, dolor en el pecho al hacer esfuerzos, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar por inmersión o infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, o estoy en tratamiento por alguna afección cardíaca.	☐ Sí *	☐ No
Bronquitis crónica y tos persistente en los últimos 12 meses o me han diagnosticado un enfisema pulmonar.	☐ Sí *	☐ No
Síntomas que afectan a los pulmones, a la respiración, al corazón o a la sangre en los últimos 30 días y que perjudican mi rendimiento físico o mental.	☐ Sí *	☐ No

CUADRO B - TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y:

Actualmente fumo o inhalo nicotina en otros formatos.	☐ Sí *	☐ No
Tengo el colesterol alto.	☐ Sí *	☐ No
Tengo hipertensión arterial.	☐ Sí *	☐ No
Tengo un familiar (de primer o de segundo grado de consanguinidad) que ha fallecido de muerte súbita, enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años o tengo antecedentes familiares de enfermedades cardíacas diagnosticadas antes de los 50 años (incluidas las alteraciones del ritmo cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias o una cardiomiopatía).	☐ Sí *	☐ No

CUADRO C - PADEZCO/HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Una cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	☐ Sí *	☐ No
Alguna enfermedad auditiva o una cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	☐ Sí *	☐ No
Sinusitis crónica en los últimos 12 meses.	☐ Sí *	☐ No
Una cirugía ocular en los últimos 3 meses.	☐ Sí *	☐ No

CUADRO D - PADEZCO/HE PADECIDO:

Un traumatismo craneal con pérdida del conocimiento en los últimos 5 años.	☐ Sí *	☐ No
Lesiones o enfermedades neurológicas crónicas.	☐ Sí *	☐ No
Dolores de cabeza crónicos por migraña en los últimos 12 meses o tomo medicación para prevenirlos.	☐ Sí *	☐ No
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial del conocimiento) en los últimos 5 años.	☐ Sí *	☐ No
Epilepsia o convulsiones, o tomo medicación para prevenirlos.	☐ Sí *	☐ No

CUADRO E - PADEZCO/HE PADECIDO:

Problemas de salud conductual, mentales o psicológicos que requieren tratamiento médico o psiquiátrico.	☐ Sí *	☐ No
Un trastorno depresivo grave, pensamientos suicidas, ataques de pánico o un trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	☐ Sí *	☐ No
Una enfermedad de salud mental o un trastorno de aprendizaje o de desarrollo que requiere atención continua o una adaptación especial.	☐ Sí *	☐ No
Adicción a las drogas o al alcohol en los últimos 5 años para la que he requerido tratamiento.	☐ Sí *	☐ No

CUADRO F - PADEZCO/HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Problemas de espalda recurrentes durante los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	☐ Sí *	☐ No
Una cirugía de espalda o de columna vertebral en los últimos 12 meses.	☐ Sí *	☐ No
Diabetes, ya sea tratada mediante insulina o dieta, o diabetes gestacional, en los últimos 12 meses.	☐ Sí *	☐ No
Una hernia sin corregir que limita mis habilidades físicas.	☐ Sí *	☐ No
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o un tratamiento quirúrgico para una úlcera en los últimos 6 meses.	☐ Sí *	☐ No

CUADRO G - HE PADECIDO/SE ME HA PRACTICADO:

Una cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o realizar actividad física.	☐ Sí *	☐ No
Cuadros de deshidratación en los últimos 7 días que han requerido intervención médica.	☐ Sí *	☐ No
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o un tratamiento quirúrgico para una úlcera en los últimos 6 meses.	☐ Sí *	☐ No
Ardor de estómago frecuente, regurgitaciones o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	☐ Sí *	☐ No
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	☐ Sí *	☐ No
Una cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	☐ Sí *	☐ No

*Se requiere una evaluación médica realizada por un profesional sanitario (véase la página 1). 2 de 3 © 2020



SSI Training Center #766001
SSI Service Center Thailand (East Coast Region)
 5/27-30 Moo 2, T. Koh Tao, 84360 Suratthani
 THAILAND
 thailand@divessi.com | Tel: +66 77 456 289

SSI
 SCUBA
 SCHOOLS
 INTERNATIONAL
 17.03.2026



Nombre del participante

(en letra impresa)

Fecha de nacimiento

Fecha (DD/MM/AA)

Informe médico del buceador | Formulario de evaluación del examinador médico

La persona mencionada anteriormente solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en actividades de formación o práctica de buceo recreativo o de apnea. Visite 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 se detecta ningún problema de salud que se considere incompatible con la práctica de buceo recreativo o apnea.

☐ No apto: Se ha detectado algún problema de salud que se considera incompatible con la práctica de buceo recreativo o apnea.

Firma del médico certificado u otro proveedor médico legalmente certificado

Fecha (DD/MM/AA)

Nombre del médico examinador

(en letra impresa)

Títulos clínicos/credenciales

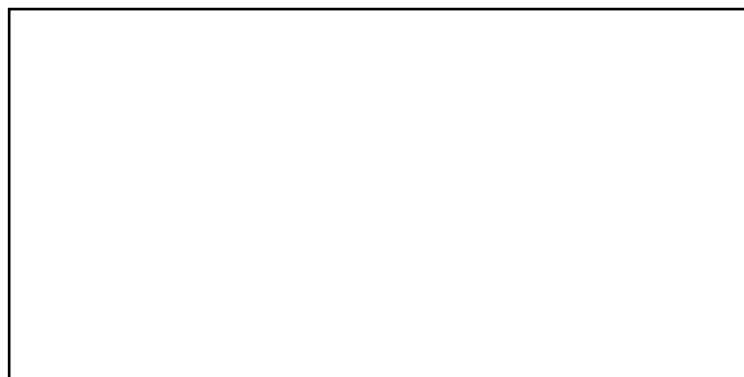
Clínica/hospital

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 (EE. UU.)

DAN Europa

Departamento de medicina hiperbárica, Universidad de California, San Diego

