



**ACAPULCO-MEXICO**

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO ANTES DE FIRMAR**

	<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>		
	<b>Dirección:</b>			
	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>C.P.:</b>	
	<b>E-Mail:</b>	<b>Teléfono:</b>		
	<b>⚠ PRÓXIMO VUELO (terminar su inmersión 18 horas antes de vuelo):</b>			
	<b>¿Le gustaría recibir boletín de Swiss Divers:</b>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

	<b>Nivel Certificación:</b>	<b>No.-Cert:</b>	<b>Organización:</b>
	<b>Ultimo Buceo:</b>	<b>Total Buceos:</b>	

**Yo,** por la presente afirmo que he sido advertido e informado detalladamente sobre los riesgos inherentes al buceo en apnea y con equipo autónomo. Además entiendo que bucear con aire comprimido o cualquier mezcla de aire enriquecido implica ciertos riesgos inherentes; que pueden ocurrir lesiones disbáricas como enfermedad descompresiva, embolismo, u otras que requieren tratamiento en cámara hiperbática. También entiendo que las excursiones de buceo en aguas abiertas, necesarias para el entrenamiento y la certificación, podrían realizarse en un lugar alejado de dicha cámara hiperbática, sea en tiempo, en distancia o en ambos. Aun así, decido continuar con tales inmersiones de entrenamiento a pesar de la posible ausencia de una cámara hiperbática en las proximidades del lugar de buceo. Estoy de acuerdo en renunciar a cualquier reclamación contra mi (s) Instructor (es), Divemaster (s), el centro en el que recibo mi formación Swiss Divers Association, International PADI Inc., PADI Europe, SSI o cualquiera de sus respectivos empleados, representantes, agentes o cesionarios (en lo sucesivo llamados “Partes Exoneradas”) por cualquier lesión, u otros daños que me puedan producir la muerte, con la condición que en vista de este descargo ni mis beneficiarios ni mis herederos puedan hacer valer ninguna reclamación contra las Partes Exoneradas. En consideración a que se permite mi inscripción a este curso o excursión, por la presente asumo personalmente todos los riesgos relacionados con dicho curso o excursión, así como cualquier perjuicio, lesión o daño que me pueda ocurrir mientras esté inscrito como alumno o participante de este curso o excursión, incluyendo todos los riesgos relacionados con el mismo, previstos o imprevistos. Así mismo, eximo y libero de responsabilidad al citado curso o excursión y a las Partes Exoneradas por cualquier reclamación o demanda interpuesta por mi, mi familia, herencia, herederos o cesionarios, que se derive de mi inscripción y participación en este curso o excursión, incluyendo tanto reclamaciones que surjan durante el curso o excursión, o con posterioridad a recibir mi certificación. También entiendo que el buceo en apnea y con equipo autónomo son actividades que requieren esfuerzo físico y que tendré que esforzarme durante este curso de buceo o excursión, de modo que si me lesiono como consecuencia de un ataque cardíaco, pánico, hiperventilación, etc., asumo expresamente el riesgo de dichas lesiones y no haré responsables de las mismas a las personas o compañías mencionadas anteriormente. Entiendo que los términos aquí contenidos son contractuales y no una mera relación, y afirmo este documento por voluntad propia:

ES MI INTENCIÓN MEDIANTE ESTE DOCUMENTO, EXIMIR Y EXONERAR A MIS INSTRUCTORES O DIVEMASTERS, AL CENTRO EN EL QUE RECIBO MI FORMACIÓN, A INTERNATIONAL PADI INC., A PADI EUROPE, A NAUI WORDWIDE Y A CUALQUIERA DE SUS RESPECTIVOS EMPLEADOS DE ABSOLUTAMENTE TODA OBLIGACIÓN O RESPONSABILIDAD HACIA MI, MI FAMILIA, HEREDEROS O CESIONARIOS POR CUALQUIER LESIÓN U OTRO DAÑO QUE ME PUEDAN OCURRIR COMO CONSECUENCIA DE MI PARTICIPACIÓN EN ESTAS ACTIVIDADES DE BUCEO. ME HE INFORMADO COMPLETAMENTE DEL CONTENIDO DE ESTE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN EXPRESA DE RIESGO LEYÉNDOLO ANTES DE FIRMARLO EN MI NOMBRE Y EL DE MIS HEREDEROS.

**Resguardo de equipo rentado: Devuelva su equipo en la misma condición que cuando usted recibió.**

**Si el equipo de alquiler se daña o se pierde, ¿se le cobrará por ello!**

<input type="checkbox"/> Regulador	<input type="checkbox"/> BCD	<input type="checkbox"/> Aletas	<input type="checkbox"/> Mascara	<input type="checkbox"/> Snorkel	<input type="checkbox"/> Traje
<input type="checkbox"/> Computadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

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

 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR (si es necesario)



# FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD / COVID-19

Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar esta Declaración Médica adicional para inscribirse en un curso de formación de buceadores o para participar en cualquier actividad de buceo. Si usted es menor de edad, debe presentar esta Declaración firmada por su padre o tutor.

## CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL BUCEADOR

El propósito de este cuestionario médico es asegurarse de que usted es apto para bucear, desde el punto de vista médico. Por favor, responda las siguientes preguntas con un Sí o un NO. Si no está seguro, responda SI. Una respuesta positiva significa que puede haber una condición preexistente que podría afectar su seguridad durante el buceo. Si alguno de estos puntos considera que se adecúa a usted, debemos rogarle que consulte con un médico, preferiblemente un especialista en medicina del buceo, antes de participar en cualquier actividad subacuática.

Dentro de los 40 días inmediatamente anteriores a la fecha de este Formulario de Declaración de Salud, ¿USTED

1. ¿HA DADO POSITIVO O PRESUNTAMENTE POSITIVO EN LA PRUEBA POR COVID-19 (EL NUEVO CORONAVIRUS O SARS-COV2), O HA SIDO IDENTIFICADO COMO UN POTENCIAL PORTADOR DEL CORONAVIRUS?
2. ¿HA EXPERIMENTADO ALGÚN SÍNTOMA COMÚNMENTE ASOCIADO CON COVID-19 (FIEBRE; TOS; FATIGA O DOLOR MUSCULAR; DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DOLOR DE GARGANTA; INFECCIONES PULMONARES; DOLOR DE CABEZA; PÉRDIDA DEL GUSTO; O DIARREA)?
3. ¿HA ESTADO EN ALGÚN LUGAR/SITIO DECLARADO COMO PELIGROSO Y/O POTENCIALMENTE INFECCIOSO DEL NUEVO CORONAVIRUS POR UNA AUTORIDAD SANITARIA O REGULADORA, RECONOCIDA?
4. ¿HA ESTADO EN CONTACTO DIRECTO CON O EN LA INMEDIATA PROXIMIDAD DE CUALQUIER PERSONA QUE HAYA DADO POSITIVO CON EL NUEVO CORONAVIRUS O QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA COMO POSIBLEMENTE INFECTADA POR EL NUEVO CORONAVIRUS?

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es totalmente veraz, según mi saber y entender. Acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión al revelar mis condiciones de salud existentes o pasadas.

También me comprometo a informar al \_\_\_\_\_ acerca de cualquier síntoma que pueda experimentar después de haber rellenado esta declaración y/o haber entrado en contacto con alguien que haya dado positivo después de firmar la declaración.

## DECLARACIONES ADICIONALES / COVID-19

Si se me pide, llevaré una máscara protectora en todo momento mientras participe en la formación / actividades de buceo organizadas por el \_\_\_\_\_, y tomaré todas las medidas preventivas razonables que puedan ser recomendadas por el \_\_\_\_\_, o cualquier autoridad pública relevante.

Aceptaré y observaré todas las instrucciones del \_\_\_\_\_, destinadas a cumplir con todas las regulaciones existentes, necesarias para ayudar a prevenir el riesgo de transmisión, incluyendo tomar mi temperatura, antes de participar en cualquier actividad de buceo.

RECONOZCO y ACEPTO que esta Declaración será considerada como mi consentimiento a \_\_\_\_\_ para conservar esta Declaración y facilitarla a cualquier autoridad relevante o proveedor de servicios, con el fin de garantizar la seguridad de cualquier tercero que pueda entrar en contacto conmigo antes, durante y después de cualquier actividad de buceo.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del  
Tutor o Responsable

Fecha

  
Firma

Firma

