

**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>Edad:</b>	
	<b>⚠ PRÓXIMO VUELO (terminar su inmersión 18 horas antes de vuelo):</b>				<b>⚠</b>
	<b>¿Le gustaría recibir boletín de Swiss Divers:</b>				<input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</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. Aún 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 mí (s) Instructor (es), Divemaster (s), el centro en el que recibo mi formación Swiss Divers Association, International PADI Inc., PADI Europe, NAUI Worlwide 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 mí, 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 MÍ, 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"/> <b>Regulador</b>	<input type="checkbox"/> <b>BCD</b>	<input type="checkbox"/> <b>Aletas</b>	<input type="checkbox"/> <b>Mascara</b>	<input type="checkbox"/> <b>Snorkel</b>	<input type="checkbox"/> <b>Traje</b>
<input type="checkbox"/> <b>Compu</b>	<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)

## Cuestionario Médico del Buceador

El propósito de este Cuestionario Médico es determinar si debes ser examinado y consultar con tu médico antes de participar en la formación de Apnea, Buceo Recreativo y/o Buceo Principiante. Una respuesta afirmativa ("Sí") a una pregunta, no necesariamente te descalifica para bucear. Una respuesta "Sí" significa que hay una condición preexistente que puede afectar tu seguridad mientras buceas y debes buscar el consejo de tu médico antes de participar en actividades de buceo.

Responde las siguientes preguntas escribiendo la palabra "SI" o "NO". Si no estás seguro, responde "SI". Si alguna de estas condiciones te afectan, te pedimos que consultes con un médico antes de participar en la formación de buceo. Debes descargar las Pautas para el Examen Físico de Buceo Recreativo, la Declaración Médica, este Cuestionario Médico y el Formulario Médico de Aprobación para Bucear para llevar a un médico. Después de que hayas consultado con un médico y el médico haya completado y firmado el Formulario Médico de Aprobación para Bucear, deberás proporcionar el Cuestionario Médico de Buceo completo y el mencionado Formulario Médico de Aprobación para Bucear a tu instructor.

¿Podrías estar embarazada o estás intentando quedarte embarazada?

¿Actualmente estás tomando medicamentos recetados? (con la excepción de anticonceptivos o antipalúdicos)

¿Tienes más de 45 años y puedes responder sí a una o más de las siguientes preguntas? (marca los que correspondan)

- actualmente fumas en pipa, puros o cigarrillos
- actualmente recibes atención médica
- tienes un nivel alto de colesterol
- tensión alta
- tienes antecedentes familiares de ataques al corazón o derrames cerebrales
- diabetes mellitus, incluso si se controla solo con dieta

### ¿Alguna vez has tenido o tienes actualmente alguno de los siguientes?

¿Asma o sibilancias al respirar o sibilancias al hacer ejercicio?

¿Pérdida de Conocimiento o Desmayos (pérdida total / parcial de la conciencia)?

¿Presión arterial alta o tomas medicamentos para controlar la tensión?

¿Ataques frecuentes o severos de fiebre del heno o alergia?

¿Sufres de mareos frecuentes o severos (barco, coche, etc.)

¿Enfermedad del corazón?

¿Resfriados frecuentes, sinusitis o bronquitis?

¿Disentería o deshidratación que requiere intervención médica?

¿Ataque al corazón?

¿Alguna forma de enfermedad pulmonar?

¿Algún accidente de buceo o enfermedad descompresiva?

¿Angina de pecho, cirugía cardíaca o cirugía de vasos sanguíneos?

¿Neumotórax (colapso pulmonar)?

¿Incapacidad para realizar ejercicio moderado (ejemplo: caminar 1.6 km/1 milla en 12 minutos)?

¿Cirugía sinusal?

¿Otra enfermedad torácica o cirugía torácica?

¿Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos cinco años?

¿Enfermedad o cirugía del oído, pérdida auditiva o problemas con el equilibrio?

¿Salud mental, problemas mentales o psicológicos (ataques de pánico, miedo a espacios cerrados o abiertos)?

¿Problemas recurrentes de espalda, cirugía de espalda o de columna?

¿Problemas recurrentes del oído?

¿Epilepsia, convulsiones, o tomas medicamentos para prevenirlos?

¿Diabetes?

¿Sangrado u otros trastornos sanguíneos?

¿Dolores de cabeza recurrentes por migraña o tomas medicamentos para prevenirlos?

¿Problemas de espalda, brazos o piernas después de una cirugía, lesión o fractura?

¿Hernia?

¿Úlceras o cirugía de úlceras?

¿Una colostomía o ileostomía?

¿Uso de drogas recreativas o tratamiento, o alcoholismo en los últimos cinco años?

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es precisa a mi saber y entender. Entiendo y acepto que el hecho de no revelar una afección médica existente o pasada puede provocar lesiones graves o la muerte, y asumo expresamente todos los riesgos de cualquier omisión que haya hecho al revelar una afección médica existente o pasada.

Nombre del participante (letra de imprenta)

Firma del participante

Fecha (DD/MM/AA)

Escriba el nombre del padre / tutor (cuando corresponda)

Firma del padre / tutor (cuando corresponda)

Fecha (DD/MM/AA)



# 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





# POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE

La COVID-19 comparte muchos de los mismos síntomas que otras neumonías virales graves, que requieren un período de convalecencia antes de regresar a la práctica de la actividad, un proceso que puede tomar semanas o meses, dependiendo de la gravedad de los síntomas (1).

## RECOMENDACIONES MÉDICAS (2):

- Los buceadores que hayan sufrido la COVID-19 sintomática, deben esperar un mínimo de DOS meses, preferiblemente TRES, antes de reanudar sus actividades de buceo.
- Los buceadores que hayan dado positivo en COVID-19 pero hayan permanecido completamente asintomáticos, deben esperar UN mes antes de reanudar el buceo.
- Los buceadores que han sido hospitalizados con síntomas pulmonares relacionados con la COVID-19, deben, después de un período de espera de tres meses, someterse a pruebas completas de la función pulmonar, así como una evaluación cardíaca con ecocardiografía y prueba de esfuerzo (electrocardiografía de esfuerzo) para determinar la función cardíaca normal, antes de su regreso al buceo.

## RECOMENDACIÓN GENERAL

- Los buceadores y centros de buceo deben observar estrictamente las directrices para la desinfección de equipos de buceo (emitidas por las federaciones de buceo y DAN Europe / Divers Alert Network)

## REFERENCIAS

- (1) [Return to Diving Post COVID-19](#) - publicado por la Undersea and Hyperbaric Medical Society (UHMS) en EEUU.
- (2) [Diving after COVID-19 pulmonary infection](#). Una declaración de posicionamiento de la Sociedad Belga de Buceo y Medicina Hiperbárica (SBMHS-BVOOG).



---

El presente documento es una muestra del Formulario de Declaración de Salud que cualquier profesional o centro de buceo puede adoptar y enviar a clientes y alumnos, antes de iniciar cualquier actividad de buceo con ellos.

Este Formulario ha sido desarrollado por el equipo de la División Médica de DAN Europe, basado en la información disponible a partir de mayo de 2020. La situación epidemiológica está en constante evolución. A consecuencia de ello, este documento puede estar sujeto a cambios y actualizaciones.



Con el apoyo de

