



Declaración responsable para el ejercicio de actividades deportivas

El/la declarante manifiesta, bajo su responsabilidad, que los datos que acompañan este documento son ciertos i que en virtud de los mismos se da cumplimiento a los requisitos establecidos legalmente.

Nombre/apellidos:.....

Fecha de nacimiento:.....

DNI:.....

Dirección:.....

Telefono:.....

Correo electrónico:.....

Cuestionario:

Nota para mujeres; si está embarazada o intenta quedar embarazada, no bucee

1.	He tenido problemas con mis pulmones, respiración, corazón o sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	--	---

En caso de marcar la casilla "Sí", responde las siguientes preguntas. Sii ha marcado "no", pase a la pregunta 2

1.1	Tengo o he tenido cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvula cardíaca, colocación de "stent" o neumotórax (colapso del pulmón)	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
1.2	He tenido asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física o ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
1.3	Tengo o he tenido 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.	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
1.4	He tenido bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, o me han diagnosticado con enfisema	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

2.	Tengo más de 45 años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	-----------------------------	---

En caso de marcar la casilla "Sí", responde las siguientes preguntas. Sii ha marcado "no", pase a la pregunta 3

2.1	Actualmente fumo o inhala nicotina por otros medios	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
2.2	Tengo un nivel alto de colesterol	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
2.3	Tengo presión arterial alta (hipertensión)	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
2.4	He tenido un familiar (de 1º 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; como arritmias, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatías)	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

3.	Me cuesta realizar ejercicio moderado (como caminar 1,6 Km en 12 min o nadar 200m sin parar), o no he podido participar en una actividad física normal debido a razones de estado físico en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
----	---	--



4.	He tenido problemas con mis ojos, oídos, fosas nasales o senos paranasales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	---	---

En caso de marcar la casilla "Sí", responde las siguientes preguntas. Sii ha marcado "no", pase a la pregunta 5

4.1	He tenido una cirugía sinusal en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
4.2	Tengo o he tenido enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
4.3	He tenido sinusitis en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
4.4	He tenido una cirugía ocular en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

5.	He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, o tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior.	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
----	--	--

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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	---	---

En caso de marcar la casilla "Sí", responde las siguientes preguntas. Sii ha marcado "no", pase a la pregunta 7

6.1	He tenido una lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
6.2	Tengo o he tenido lesiones o enfermedades neurológicas persistentes	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
6.3	He tenido dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
6.4	He tenido desvanecimientos o desmayos (con pérdida total o parcial de conciencia) en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
6.5	Tengo epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicamentos para prevenirlos	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

7.	He tendio problemas psicológicos, me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	---	---

En caso de marcar la casilla "Sí", responde las siguientes preguntas. Sii ha marcado "no", pase a la pregunta 8

7.1	Tengo o he tenido mala salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran de tratamiento médico o psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
7.2	Tengo o he tenido depresión mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación o tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
7.3	He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje o desarrollo que requiere atención continua	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
7.4	He tenido una adicción a las drogas o al alcohol que requiera tratamiento en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

8.	He tendio problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	---	---

En caso de marcar la casilla "Sí", responde las siguientes preguntas. Sii ha marcado "no", pase a la pregunta 9

8.1	He tenido problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 mese que limitan mi actividad diaria	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
8.2	He tenido una cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No



8.3	He tenido diabetes (ya sea controlada por insulina o por dieta) o diabetes gestacional en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
8.4	Tengo una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
8.5	He tenido úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugías de úlceras en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

9.	He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	--	---

En caso de marcar la casilla "Sí", responde las siguientes preguntas. Si ha marcado "no", pase a la pregunta 10

9.1	Tengo una cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
9.2	He tenido deshidratación que ha requerido de atención médica en los últimos 7 días	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
9.3	He tenido úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
9.4	Tengo ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
9.5	Tengo colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
9.6	He tenido una cirugía bariátrica en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No

10.	Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos)	<input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No
-----	--	--

*En caso de haber marcado una o más casillas "Sí" con asterisco, ha de leer i aceptar la declaración anterior con fecha i su firma y llevar el formulario de evaluación del médico a su médico para una evaluación médica, ya que la participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la evaluación i aprobación de su médico.

El/la declarante afirma la veracidad de sus respuestas; manifiesta que conoce, acepta y se compromete a cumplir las normas de la actividad deportiva de referencia i exonera al prestador del servicio i al personal involucrado en él de cualquier responsabilidad en cuanto a su condición física, de la que el declarante se hace responsable

El presente documento produce efectos a partir del día de la fecha.

....., el d de 20....

Firma del/la declarante;

Nombre del instructor:.....

Nombre del centro de buceo: Club Submarinisme Saita Diving