



## Declaración del participante en PADI Discover Scuba® Diving

Lee los siguientes párrafos detenidamente.

Esta declaración, que incluye un cuestionario médico, un Acuerdo de descargo de responsabilidad y asunción de riesgos (Declaración de riesgos y responsabilidades), un Acuerdo de divulgación y reconocimiento de terceros y el repaso de conocimientos y seguridad de Discover Scuba Diving, te informa de ciertos riesgos potenciales del buceo con scuba y del comportamiento que se requiere de ti durante el programa PADI Discover Scuba Diving. Si eres menor de edad, tu padre, madre o tutor legal debe leer esta Guía y firmar la última hoja.

También tendrás que aprender importantes normas de seguridad acerca de cómo respirar y ecualizar cuando bucees con scuba, mediante las enseñanzas del PADI Professional que te acompañe. El buceo con scuba y el uso de este tipo de equipo sin la supervisión o instrucción adecuadas puede dar lugar a lesiones graves o accidentes letales. Por ello, un instructor cualificado debe enseñarte a usarlo y vigilar tus acciones constantemente.

### DATOS PERSONALES

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ M F

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Recomendado por: \_\_\_\_\_

DNI / PASSPORT \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Telf. Particular: \_\_\_\_\_ Telf. Trabajo \_\_\_\_\_

Por favor, lea detenidamente este documento y rellene los espacios en blanco antes de firmarlo

### Divulgación Ajena a la Agencia y Acuerdo de Reconocimiento

Comprendo y acepto que los Miembros PADI ("Miembros"), incluyendo comercio/resort y/o cualquier persona física PADI Instructores y Divemasters asociados al programa en el cual estoy participando están autorizados a utilizar las diversas Marcas Registradas de PADI y dirigir el entrenamiento PADI, sin embargo no son agentes, empleados o franquiciados de PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., o sus subsidiarios o corporaciones afiliadas a ("PADI"). Asimismo comprendo que las actividades comerciales de los Miembros son independientes, y no son propietarios ni están dirigidos por PADI, y que aunque PADI establece los estándares de los programas de buceo PADI, no es responsable de, ni tiene el derecho de controlar las operaciones de las actividades comerciales de los Miembros y la gestión diaria de los programas PADI y la supervisión de los buceadores por parte de los Miembros y de su personal asociado.

### Declaración de Riesgos y Responsabilidad

Esta es una declaración por la que se le informa de los riesgos del buceo en apnea y el buceo autónomo. La presente declaración también establece las circunstancias en las que Ud. participa en el programa de buceo bajo su propio riesgo.

Su firma en la presente declaración es obligatoria como prueba de que la ha recibido y leído. Es importante que lea el contenido de esta declaración antes de firmarla. Si no entendiera alguna parte de la misma, por favor, coménteselo a su instructor. Si fuera menor de edad, este formulario también lo debe firmar uno de sus padres o tutores.

#### Advertencia

El buceo en apnea y el buceo autónomo comportan riesgos inherentes que pueden dar lugar a lesiones graves o producir la muerte.

Bucear con aire comprimido implica ciertos riesgos inherentes a ello: pueden producirse lesiones disbáricas, embolias u otras lesiones hiperbáricas que requieran tratamiento en una cámara hiperbárica. El entrenamiento y la obtención del título de buceador en aguas abiertas, puede implicar la necesidad de acometer viajes a lugares alejados, ya sea en el tiempo, en la distancia o en ambos, de una cámara de descompresión. El buceo en apnea y el buceo autónomo son actividades físicamente exigentes tal y como Ud. experimentará durante este programa de buceo. Tiene la obligación de informar de su historial médico, de forma veraz y completa, a los profesionales de buceo y a las instalaciones donde tenga lugar este programa.

### Aceptación del Riesgo

Comprendo y acepto que, ni los profesionales de buceo que dirigen este programa, instructor(es), ni las instalaciones por medio de las cuales se dirige este programa, comercio/resort, ni PADI EMEA Ltd., ni PADI Americas, Inc., ni sus afiliados o corporaciones subsidiarias, ni cualquiera de sus respectivos empleados, administrativos, agentes o cesionarios aceptan responsabilidad alguna por fallecimiento, lesión u otros daños/ pérdidas que yo sufra en la medida que resulte de mi propia conducta o de cualquier cosa o situación bajo mi control que implique mi propia negligencia.

En ausencia de cualquier negligencia u otro incumplimiento de las obligaciones por parte de los profesionales de buceo que dirigen este programa, instructor(es), las instalaciones a través de las que se dirige este programa, comercio/resort, PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., y todas las partes implicadas referidas anteriormente, entiendo que mi participación en este programa de buceo queda enteramente bajo mi propio riesgo y responsabilidad.

**ACEPTO DE RECEPCIÓN DE ESTA DIVULGACIÓN AJENA A LA AGENCIA Y ACUERDO DE RECONOCIMIENTO Y DECLARACIÓN DE RIESGOS Y RESPONSABILIDAD Y MANIFIESTO QUE HE LEÍDO TODOS LOS TÉRMINOS ANTES DE FIRMAR DICHAS DECLARACIONES.**

Nombre del participante (por favor, en mayúsculas)

Firma del Participante

Fecha (Día/Mes/Año)

Firma del parente/tutor (lo que proceda)

Fecha (Día/Mes/Año)



## Informe Médico del Buceador | Cuestionario del participante (confidencial)

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 predisponentes 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.**

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

|    |   |   |                             |
|----|---|---|-----------------------------|
| 1  | He tenido problemas con los pulmones, la respiración, el corazón y/o la sangre que afectan a mi rendimiento físico o mental normal  | Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>A</b>         | No <input type="checkbox"/> |
| 2  | Tengo más de 45 años.   | Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>B</b>         | No <input type="checkbox"/> |
| 3  | Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros/una milla en 12 minutos o nadar 200 metros/yardas 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.                                   | Si <input type="checkbox"/> * No <input type="checkbox"/> |                             |
| 4  | He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales / senos paranasales.   | Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>C</b>         | No <input type="checkbox"/> |
| 5  | He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, O tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior.   | Si <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.   | Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>D</b>         | No <input type="checkbox"/> |
| 7  | He tenido problemas psicológicos (o he recibido tratamiento psicológico en los últimos 5 años), me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol, me han diagnosticado un problema de aprendizaje o de desarrollo. | Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>E</b>         | No <input type="checkbox"/> |
| 8  | He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.   | Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>F</b>         | No <input type="checkbox"/> |
| 9  | He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.  | Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro <b>G</b>         | No <input type="checkbox"/> |
| 10 | Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos que no sea Lariam-mefloquina).   | Si <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 (Mayúsculas)

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

Nombre del Instructor (Mayúsculas)

Nombre del Centro e Buceo (Mayúsculas)

\* **Si respondió SI** 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 (página 3) a su médico**, para una evaluación médica. La participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la aprobación de su médico.

**Nombre del Participante**

(Mayúsculas)

**Fecha de Nacimiento**

Fecha (dd/mm/aaaa)

**Informe Médico del Buceador | Cuestionario del Participante (Confidencial) Continuación**

|   |  |  |                             |
|---|--|--|-----------------------------|
| <b>CUADRO A – TENGO/HE TENIDO:</b>  |  |  |                             |
| Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvulas cardíacas, un dispositivo médico implantado (por ejemplo, stent, marcapasos, neuroestimulador), neumotórax y/o enfermedad pulmonar crónica.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física/ ejercicio.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| 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"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Bronquitis recurrente y los persistentes en los últimos 12 meses, O han sido diagnosticados con enfisema.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Síntomas que afecten a mis pulmones, respiración, corazón y/o sangre en los últimos 30 días y que perjudiquen mi rendimiento físico o mental.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| <b>CUADRO B – TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y:</b>   |  |  |                             |
| Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Tengo un nivel alto de colesterol.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Tengo presión arterial alta.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| 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) |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| <b>CUADRO C – TENGO/HE TENIDO:</b>  |  |  |                             |
| Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía ocular en los últimos 3 meses.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| <b>CUADRO D – TENGO/HE TENIDO:</b>  |  |  |                             |
| Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia, ataques o convulsiones, O tomo medicamentos para prevenirlos.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| <b>CUADRO E – TENGO/HE TENIDO:</b>  |  |  |                             |
| Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico/psiquiátrico.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje/desarrollo que requiere atención continua o de un alojamiento especial.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| <b>CUADRO F – TENGO/HE TENIDO:</b>  |  |  |                             |
| Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes, ya sea controlada por medicación o por dieta, O diabetes gestacional en los últimos 12 meses.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| <b>CUADRO G – TENGO:</b>  |  |  |                             |
| Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.  |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |
| Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.   |  | <input type="checkbox"/> SI <sup>*</sup> | <input type="checkbox"/> No |

# Informe Médico del Buceador | Formulario de evaluación del Médico Examinador

**Nombre del Participante**

(Mayúsculas)

**Fecha de Nacimiento**

Fecha (dd/mm/aaaa)

La persona mencionada anteriormente solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en el entrenamiento o actividad de buceo.

## Resultado de la Evaluación

- Apto– No encuentro condiciones que considere incompatibles con el buceo.
- No Apto – Encuentro condiciones que considero incompatibles con el buceo.

---

Firma del médico certificado legalmente autorizado

Fecha (dd/mm/aaaa)

**Médico Examinador**

(Mayúsculas)

**Títulos/Credenciales clínicas**

**Centro Médico/Hospital**

**Dirección**

**Teléfono**

**Email**

Sello del Médico/Hospital (opcional)