

APÉNDICE 3

FORMA DE HISTORIA MEDICA

(Para ser llenada por el buzo)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Peso _____
Estatura _____

Supervisor _____ Fecha ____/____/____
(Departamento/Proyecto/Programa/etc.) (D/M/A)

AL APLICANTE:

El buceo supone una gran demanda física y mental para el buzo. Ciertos requisitos médicos y físicos deben cumplirse antes de comenzar un programa de buceo o entrenamiento. En muchos casos, sus respuestas precisas a las preguntas son más importantes para determinar su estado físico para bucear que lo que el médico puede ver, escuchar o sentir como parte del procedimiento de certificación médica de buceo.

Este formulario debe ser confidencial para el médico examinador. Si cree que cualquier pregunta equivale a una invasión de su privacidad, puede optar por omitir la respuesta, siempre que posteriormente debata ese asunto con su propio médico, quien debe indicar por escrito que lo ha hecho y que no existe ningún riesgo para la salud.

Si sus respuestas indican una condición, que podría hacer que el buceo sea peligroso, se le pedirá que revise el asunto con su médico. En tales casos, se requerirá su autorización por escrito para que se considere su solicitud. Si su médico concluye que el buceo implicaría un riesgo indebido para usted, recuerde que solo se preocupan por su bienestar y seguridad.

	Si	No	Indique si lo siguiente se aplica o no a usted	Comentarios
1			Convulsiones, ataques o epilepsia	
2			Desmayos o mareos	
3			¿Ha sido adicto a drogas?	
4			Diabetes	
5			Mareos por movimiento (mar/aire)	
6			Claustrofobia	
7			Trastorno mental o crisis nerviosa	
8			¿Estás embarazada?	
9			¿Sufres de problemas menstruales?	
10			Ansiedad o hiperventilación	
11			Acidez estomacal o vómitos	
12			¿Tuvo una operación importante?	
13			¿Está actualmente bajo tratamiento médico?	
14			¿Actualmente toma algún medicamento?	
15			¿Ha sido rechazado o restringido para actividad deportiva?	
16			Dolor de cabeza (frecuente o severo)	
17			Implantes dentales	
18			¿Usa lentes o lentes de contacto?	

19			Trastornos hemorrágicos	
20			Alcoholismo	
21			Cualquier problema relacionado con buceo	
22			Tensión nerviosa o problemas emocionales	
23			¿Toma tranquilizantes?	
24			Tímpano perforado	
25			Fiebre del heno	
26			Problemas frecuentes de los senos paranasales, drenaje frecuente de la nariz, goteo post nasal o nariz tapada	
27			Dolor frecuente de oídos	
28			Drenaje de los oídos	
29			Dificultad con los oídos en aviones o montañas	
30			Cirugía de oídos	
31			Zumbidos en los oídos	
32			Mareos frecuentes	
33			Problemas auditivos	
34			Dificultad para ecualizar presiones en los oídos	
35			Asma	
36			Ataques sibilantes	
37			Tos (crónica o recurrente)	
38			Espujo o expectoración frecuente	
39			Pleuresía	
40			Pulmón colapsado (neumotórax)	
41			Quistes pulmonares	
42			Neumonía	
43			Tuberculosis	
44			Falta de aliento	
45			Problemas pulmonares	
46			Escupir sangre	
47			Dificultad para respirar después de comer ciertos alimentos, o después de la exposición a pólenes o ciertos animales	
48			¿Estás sujeto a bronquitis?	
49			Enfisema subcutáneo (gas bajo la piel)	
50			Aero embolia después de bucear	
51			Enfermedad por Descompresión	
52			Fiebre reumática	
53			Fiebre escarlata	
54			Soplo cardíaco	
55			Corazón agrandado	

56			Presión alta	
57			Angina de pecho (dolor en el corazón o presión en el pecho)	
58			Ataque cardíaco	
59			Baja presión	
60			Inflamación de piernas recurrente o persistente	
61			Rápido ritmo cardíaco o palpitaciones	
62			Fácilmente fatigado o falta de aliento	
63			EKG Anormal	
64			Problemas en las articulaciones, dislocaciones o artritis	
65			Problemas de espalda o lesiones de espalda	
66			Disco roto o desplazado	
67			Limitación por discapacidad física	
68			Calambres musculares	
69			Venas varicosas	
70			Amputaciones	
71			Lesión en la cabeza que causó inconsciencia	
72			Parálisis	
73			¿Alguna vez ha tenido reacción adversa por algún medicamento?	
74			¿Fuma?	
75			¿Alguna vez ha tenido otros problemas médicos no mencionados? Si es así, enumere o describa a continuación;	
76			¿Tiene antecedentes familiares de alto colesterol?	
77			¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular?	
78			¿Tiene antecedentes familiares de diabetes?	
79			¿Tiene antecedentes familiares de asma?	
80			¿Fecha de la más reciente vacuna de tétanos? ¿Fechas de vacunas?	

Por favor explique cualquier respuesta afirmativa a las preguntas anteriores.

Certifico que la información brindada en este cuestionario es verdadera y que representa una descripción precisa y completa de mi historial médico.

Nombre y Firma

Fecha