



Registro de clientes/alumnado

Declaración Médica Responsable

Esta autoevaluación sirve para que conozcas mejor los riesgos potenciales relacionados con la práctica del buceo y cuál es el comportamiento que se espera de ti durante la formación. Antes de apuntarte a un curso de buceo debes completar este formulario médico, que incluye una sección relativa a tu historial clínico. Para el participante: El propósito de este formulario es servir de orientación para saber si es necesario que consultes a un médico antes de empezar un curso de buceo.

Que sufras algunas o varias de las patologías descritas, no significa obligatoriamente que no puedas bucear. Significa únicamente que tienes que consultar a un médico antes de comenzar las actividades en el agua. Por favor asegúrate de leer y entender bien las indicaciones de cada uno de los siguientes puntos.

Ten en cuenta que, si contestas sí, aunque solo sea a uno de los puntos, es importante, por tu seguridad, que consultes a un médico antes de comenzar las actividades en el agua.

DEBES CONSULTAR A UN MÉDICO SI:

- Estás embarazada o sospechas que pudieras estarlo
- Tomas medicación regularmente (excepto píldoras anticonceptivas)
- Tienes más de 45 años y cumples una o más de las siguientes afirmaciones:
- Eres fumador. Tienes el colesterol alto

DEBES CONSULTAR A UN MÉDICO SI SUFRES O HAS SUFRIDO:

- Asma, dificultad para respirar o dificultad para respirar al realizar esfuerzos.
- Cualquier tipo de enfermedad pulmonar.
- Neumotórax.
- Operaciones de pecho.
- Claustrofobia o agorafobia (pánico a los espacios cerrados o abiertos).
- Epilepsia, convulsiones o terapia para evitarlas.
- Episodios de pérdida de consciencia parcial o completa.
- Accidentes de buceo o enfermedades descompresivas.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial o medicación para controlarla.
- Cualquier patología cardíaca.
- Problemas en los oídos, pérdida de la audición o problemas de equilibrio.
- Trombosis o patologías de coagulación.
- Enfermedades psiquiátricas.

SOY CONSCIENTE DE QUE PODRÍA NO ESTAR EN CONDICIONES DE BUCEAR SI, DURANTE EL CURSO, SUFRO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- Catarro, sinusitis, problemas respiratorios (bronquitis, fiebre del heno, etc.)
- Migraña aguda o dolores de cabeza.
- Cualquier tipo de cirugía en las últimas 6 semanas.
- Ingesta de alcohol, drogas o medicamentos que influyen sobre el estado de atención y la capacidad de reacción.
- Fiebres, mareos, náuseas, vómitos o diarrea.
- Problemas de compensación.
- Úlcera gástrica aguda.
- Embarazo.

He leído y acepto el contenido de este formulario

Datos del cliente/alumnado (por favor, escribir de manera legible)

Apellidos _____

Nombre _____ D.N.I. _____

Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____ Sexo M F

Calle _____

Número _____ Portal _____ Piso _____ Puerta _____

Código Postal _____ Población/Ciudad _____

Provincia _____ País _____

Teléfonos: Fijos _____ Móvil _____

Dirección e-mail: _____

DATOS SOBRE EL CURSO O ACTIVIDAD A LA QUE SE INSCRIBE

Salida de buceo: _____ Bautizo de Buceo: _____ Curso: _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre y apellidos: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto: _____

Práctica estándar de buceo seguro-Declaración de compresión

Esta es una declaración en la que se le informa de las prácticas establecidas de buceo seguro. Pretendemos incrementar su seguridad y comodidad en el buceo, para ello es necesario que firme la presente declaración, si es menor de edad deberá ser firmado por el progenitor o tutor.

Yo _____, Entiendo que como buceador/a debería:

- 1.- Mantenerme en buena forma física y mental para bucear, evitar bucear bajo los efectos de las drogas o alcohol y conservar un buen nivel de destrezas de buceo.
- 2.-Estar familiarizado con los lugares de buceo y en caso de no estarlo pedir información al centro de buceo local. Si las condiciones meteorológicas no fueran buenas, pospondré la inmersión o buscaré lugares alternativos.
- 3.-Utilizar un equipo fiable e inspeccionarlo ante de cada inmersión para comprobar su correcto funcionamiento. Disponer siempre un dispositivo de control de profundidad y un manómetro, una fuente de aire alternativa y con controlador de flotabilidad de baja presión.
- 4.-Escuchar atentamente las directrices y briefing de buceo y respetar el consejo de aquellos/as que supervisan mis actividades de buceo.
- 5.-Cumplir el sistema de compañeros y planificar la inmersión conjuntamente, incluyendo técnica de comunicación y que protocolo realizar en caso de separación o emergencia.
- 6.-Hacer los ascensos controlados a no más de 9 metros por minuto.
- 7.-Mantener una flotabilidad adecuada, tanto dentro como fuera del agua, tener el lastre fácilmente accesible para poder desprenderme de él en caso de emergencia.
- 8.-Respirar adecuadamente, nunca aguantar la respiración y evitar hiperventilar. Evitar esfuerzos excesivos mientras buceamos y bucear dentro de mis limitaciones.
- 9.-Utilizar una embarcación, boya u otro medio de apoyo, siempre que sea posible.
- 10.-Conocer y obedecer las normas y regulaciones de buceo.

He leído las declaraciones más arriba enumeradas y he obtenido respuestas satisfactorias a todas mis preguntas. Entiendo la importancia y la finalidad de estas prácticas establecidas. Reconozco que su puesta en práctica tiene como finalidad mi seguridad.

He leído y acepto el contenido de este formulario

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, O HA SIDO IDENTIFICADO COMO UN POTENCIAL PORTADOR DEL CORONAVIRUS? SI NO
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) SI NO
3. ¿HA ESTADO EN ALGÚN LUGAR/SITIO DECLARADO COMO PELIGROSO Y/O POTENCIALMENTE INFECCIOSO DEL NUEVO CORONAVIRUS POR UNA AUTORIDAD SANITARIA O REGULADORA, RECONOCIDA? SI NO
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? SI NO

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 a Subparke Turismo Activo 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 Subparke Turismo Activo, y tomaré todas las medidas preventivas razonables que puedan ser recomendadas por Subparke Turismo Activo, o cualquier autoridad pública relevante.

Aceptaré y observaré todas las instrucciones de Subparke Turismo Activo 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 Subparke Turismo Activo 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.

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.

He leído y acepto el contenido de este formulario

RECOMENDACIONES MÉDICAS:

- 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

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 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.

He leído y acepto el contenido de este formulario

Autorización Paterna

Yo D. _____, con D.N.I. nº _____ como padre/madre, tutor/a del niño/a _____.

AUTORIZO a mi hijo/a, a participar con la asociación SUBPARKE TURISMO ACTIVO en la actividad denominada _____ que se realizarán durante los días del _____ al _____ del mes de _____ del año _____.

Aceptando todas las recomendaciones y formularios expresados en el presente documento, dicha autorización se realiza en _____ a _____ de _____ de _____.

Declaración de privacidad

Le informamos que sus datos han sido obtenidos por SUBPARKE TURISMO ACTIVO durante algún encuentro personal o contacto directo previo entre Vd. y nosotros, en el que voluntariamente nos los facilitó. Dichos datos han sido incluidos en un fichero cuyo responsable es SUBPARKE TURISMO ACTIVO, con la finalidad de atender a sus consultas y remitirle información que pudiera ser de su interés. Si desea ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, en los términos que establece la Ley Orgánica 15/1999, puede hacerlo en la siguiente dirección: subparkecomercial@subparke.com o al tlf: 670341564.

Yo, _____ firmo el presente registro de alumno después de leído y aceptando su totalidad, así como el contenido del mismo.

Fecha _____
Firma del alumno-a/tutor