



**CERTIFICADO MEDICO PARA CURSOS
DE BUCEO RECREATIVO DE ACUC INTERNATIONAL
PARTE 1ª - HISTORIAL MEDICO DEL CANDIDATO**
(Debe ser cumplimentada por el interesado)

Todos los candidatos a programas de formación y entrenamiento como buceadores recreativos con equipo autónomo deberán entregar una forma médica debidamente cumplimentada y firmada por un Médico Licenciado. Por favor pida una cita con su Médico y dele esta forma una vez usted haya cumplimentado la primera parte.

NOMBRE Y APELLIDOS				EDAD		SEXO	
CALLE Y Nº				PISO Y PUERTA			
C.P.		POBLACION		PROVINCIA			
TELEFONO				MARCAS DISTINGUIBLES			
ALTURA		PESO		COLOR DE OJOS		COLOR DE PELO	

Si se da alguno de los siguientes casos, por favor márkelo:

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| 1. Frecuentes dolores de cabeza | 2. Gafas o lentillas | 3. Asma | 4. Tos frecuente |
| 5. Senos nasales | 6. Heridas importantes | 7. Frecuentes o fuertes resfriados | 8. Problemas de oído |
| 9. Mareos por movimientos | 10. Mareos, desmayos o Epilepsia | 11. Alergias | 12. Neumotórax |
| 13. Problemas emocionales | 14. Dolores de pecho | 15. Bebidas alcohólicas | 16. Dentaduras |
| 17. Problemas de corazón | 18. Fumador | 19. Tensión arterial alta | 20. Claustrofobia |
| 21. Embarazo | 22. Hospitalización | 23. Tuberculosis | 24. Diabetes |
| 25. Alergias a medicación | 26. Intervención quirúrgica | 27. Medicación regular | 28. Tranquilizantes |

Si marcó alguno de los anteriores, por favor explíquelo:

Explique cualquier herida, accidente o enfermedad seria que no estén mencionadas en la lista anterior :

Fecha de la última radiografía de tórax:

Resultado:

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE Y APELLIDOS			
PARENTESCO		TELEFONO	

CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS EXPUESTOS SON VERDADEROS

FIRMA DEL CANDIDATO		D.N.I.		FECHA	/ /
---------------------	--	--------	--	-------	-----

Se solicita del médico que realice la revisión que complete la 2ª parte de este formulario y que entregue este impreso al candidato, en sobre sellado. El candidato deberá entregar el sobre sellado a su instructor.

DATOS DEL MEDICO

NOMBRE Y APELLIDOS				Nº DEL MEDICO				
CALLE Y Nº				TELEFONO			PISO Y PUERTA	
C.P.		POBLACION		PROVINCIA				

ACUC INTERNATIONAL
Añastro, 25; 28033 Madrid, España
Tel: +34 917668412; Fax: +34 917668651; email: acuc@acuc.es
www.acuc.es

Nota: Lleve a su médico también su Libro de Registro de Inmersiones de ACUC para que se lo firme y selle.

PARTE 2ª - EXAMEN MEDICO PARA LA PRACTICA DEL BUCEO CON EQUIPO AUTONOMO

(Debe ser cumplimentada por el Médico)

Nombre del Candidato	
Para asegurar la máxima seguridad de los buceadores, es esencial que cualquier persona que participe en actividades subacuáticas se encuentre física y psicológicamente sano. El buceo conlleva estar expuesto a ciertas condiciones anormales: Inmersión acuática; Cambios en presión ambiental; Cambios en la presión del aire que se respira; Incremento en los niveles de tensión y fatiga, etc. Esto requiere que el buceador esté preparado y alerta todo el tiempo. Por lo tanto, se solicita que el Médico preste atención especial a las siguientes áreas durante el examen médico:	
Cualquier historial o detalle que sugiera la posibilidad, incluso momentánea, de desvanecimientos (Epilepsia, diabetes tratada con insulina, ritmo cardiaco inestable, etc).	
Comentario:	
Cualquier historial o detalle que sugiera la posibilidad de problemas serios en oídos o senos nasales (Supuraciones crónicas, intervenciones quirúrgicas en los oídos, perforaciones, etc).	
Comentario:	
Cualquier posibilidad de condiciones que impidan o estorben la salida de aire de los pulmones durante el ascenso en una inmersión (Asma, antiguos traumas pulmonares, bronquitis, neumotórax, etc.)	
Comentario:	
Cualquier indicación de niveles de stress anómalamente altos, poca tolerancia al stress o inestabilidad emocional.	
Comentario:	
Cualquier historial de medicación o uso de drogas ilegales, incluyendo el exceso de alcohol, que pudiera disminuir la funcionalidad.	
Comentario:	

Las siguientes condiciones representan **contradicciones absolutas para la práctica del buceo**:

- Desvanecimientos por inestabilidad cardiaca o epilepsia durante los últimos 5 años.
- Uso de medicinas anticonvulsivas.
- Cualquier episodio de bronquitis en los últimos 5 años
- Uso de medicinas antiasmáticas.
- Neumotórax espontáneo en los últimos 3 años.
- Ansiedad extrema.
- Lesiones pulmonares de cualquier tipo detectadas por Rayos-X.
- Uso de medicaciones antiarrítmicas.
- Bloqueo de válvulas cardiacas de más de primer grado.
- Infarto de miocardio en el último año
- Impedimentos crónicos para despejar los senos nasales y el oído medio
- Angina de pecho
- Perforación crónica del tímpano o supuración del oído medio.
- Enfermedad vestibular crónica.
- Diabetes que requiera ser tratada con insulina o agentes orales.
- Evidencia de psicosis.
- Evidencia de obstrucciones pulmonares detectadas por Espirómetros
- Deficiencia mental.

Las personas que padezcan cualquier desorden de los expuestos anteriormente, correrán grandes riesgos en la práctica del buceo. Estos riesgos deberán ser claramente explicados al interesado. El Personal Médico puede obtener información y ayuda adicional enviando un email a:

En España:
Dra. Alicia Esteban Esteban, Director Médico ACUC
delegacion-centro@acuc.es

En Canadá:
Dr. George Harpur, ACUC Medical Advisor
g.harpur@amtelecom.net

EL MEDICO DEBERA SELECCIONAR UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES

	APROBADO	Examen médico e historial no revelan ninguna deficiencia incompatible con el Buceo
	APROBADO CONDICIONAL	Examen médico e historial muestran algunos detalles que indican que el Buceo no resulte conveniente para esta persona. Estos detalles han sido discutidos con el interesado.
	NO APROBADO	Examen médico e historial revelan contradicciones absolutas para la práctica del Buceo . El interesado ha sido informado.
	INCAPACITACION TEMPORAL	Examen médico e historial muestran detalles incapacitantes de naturaleza temporal. El interesado debe abstenerse de bucear hasta que se resuelva el problema. Se necesitará otro examen médico.
FIRMA Y N° DEL MEDICO		FECHA / /

Por favor, si Aprobado, firme y selle también el Libro de Registro de inmersiones de ACUC del candidato