



Federación Argentina de  
Actividades Subacuáticas

WWW.FAAS.ORG.AR

## INFORME MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDO:.....  
EDAD: ..... SEXO: ..... FECHA NACIMIENTO:...../...../.....  
GRUPO SANG.: ..... DNI: .....

### HISTORIA CLÍNICA

El objetivo de este cuestionario consiste en orientar al médico que debe examinarlo antes de participar en las actividades correspondientes al **Curso de Buceo Deportivo de.....** Responder afirmativamente a una pregunta no necesariamente lo descalifica para bucear. Por favor responda las preguntas siguientes sobre su historia médica, pasada o actual, respondiendo **SI** o **NO**. Si no está seguro, responda **SI**. La información que usted brinda es totalmente confidencial y será evaluada solamente por el médico responsable del examen, quien además le solicitará los análisis y prácticas médicas que crea necesarias.

-¿Podría estar embarazada o está tratando de estar embarazada? .....

-¿Toma con regularidad medicamentos bajo prescripción médica o sin prescripción médica? (con la excepción de píldoras anticonceptivas) .....

-¿Tiene más de 45 años de edad y una o más de las siguientes características? .....

- fuma actualmente pipa, tabaco o cigarrillos .....
- tiene alto nivel de colesterol .....
- tiene antecedentes en la familia de ataques cardíacos o accidentes cerebro-vasculares (embolia) .....

-¿Ha tenido alguna vez o tiene actualmente:

- asma, o jadea al respirar, o jadea al hacer ejercicios? .....
- ataques frecuentes o severos de fiebre del heno o alergia? .....
- catarros, sinusitis o bronquitis frecuentes? .....
- algún tipo de enfermedad pulmonar? .....
- neumotórax (pulmones en colapso)? .....
- ha sido operado del tórax? .....
- claustrofobia o agorafobia (temor a espacios cerrados o abiertos)? .....
- problemas de salud relacionados con el comportamiento? .....
- epilepsia, ataque de epilepsia, convulsiones o toma medicamentos para evitarlos? .....
- dolores de cabeza migrañosos recurrentes o toma medicamentos para evitarlos? .....
- antecedentes de privaciones de sentido o desmayo (perdida de conocimiento total/parcial)? .....
- padece frecuentemente de mareos (mareo en el mar, en el auto móvil, etc) .....
- ha tenido accidentes de buceo o aeroembolismo? .....
- ha padecido de problemas recurrentes de columna? .....
- ha sido operado por problemas de la columna? .....
- antecedentes de diabetes? .....

- ha padecido de problemas en la columna, en los brazos o en las piernas después de una cirugía, una lesión o una fractura? .....
- incapacidad para desarrollar ejercicios moderados (ejemplo: caminar mil metros en 12 minutos)? .....
- ha padecido de alta presión arterial o toma medicamentos para controlar la presión arterial? .....
- ha padecido de enfermedades del corazón? .....
- ha padecido de ataques cardíacos? .....
- ha padecido de angina o ha sido operado del corazón o de los vasos sanguíneos? .....
- ha sido operado por problemas de los oídos o senos frontales? .....
- ha padecido de alguna enfermedad de los oídos, pérdida de la audición o tiene problemas con el equilibrio? .....
- ha padecido de problemas de compensación (se le “tapan” los oídos cuando viaja en avión o por las montañas)? .....
- tiene antecedentes de hemorragias u otra enfermedad sanguínea? .....
- ha padecido de algún tipo de hernia? .....
- ha padecido de úlceras o ha sido operado de úlcera? .....
- ha tenido una colostomía? .....
- tiene antecedentes de abuso de drogas o alcohol? .....

**La información que he proporcionado sobre mi historia médica es exacta a mi mejor saber y entender.**

Firma del Aspirante: .....

Aclaración: .....

D.N.I.: .....

## HABILITACIÓN MÉDICA

Se deja constancia que .....  
 D.N.I. .... se encuentra en correcta condición médica y apto para la práctica del buceo deportivo dentro del nivel individual dejando bajo exclusiva responsabilidad del deportista aquellas prácticas consideradas de alto riesgo.

FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO:.....

FECHA DE REALIZACIÓN:...../...../..... LUGAR: .....