

## Declaración responsable de acreditación de la aptitud psicofísica para la realización de actividades de iniciación al buceo recreativo

Nombre y apellidos: .....

DNI: ..... Fecha de nacimiento: .....

Dirección: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... Teléfono: .....

e-mail: .....

Declaro, bajo mi responsabilidad, que no se da ninguna de las circunstancias,  
Ni sufro ninguna de las enfermedades aquí listadas y que, por tanto,  
reúno las condiciones psíquicas y físicas necesarias para la realización de  
la actividad de iniciación al buceo recreativo:

- Embarazo o sospecha de poder estar embarazada
- o ingesta de medicamentos que requieren receta médica (a excepción de los anticonceptivos)
- o personas mayores de 45 años y que cumplen además con uno de los requisitos siguientes:
- o ser fumador
- o tener unos niveles de colesterol elevados
- o asma o dificultad respiratoria en realizar ejercicio físico
- o cualquier forma de enfermedad pulmonar
- o Pneumotorax (colapso pulmonar)
- o Historial de cirugía de tórax
- o Claustrofobia o agorafobia (por los espacios abiertos o cerrados)
- o Epilepsia, ataques, convulsiones o toma de medicamentos para prevenirlos
- o Historial de mareos y desmayos (total o parcial pérdida de conocimiento)
- o Historial de accidentes de buceo o que ha sufrido una enfermedad descompresiva
- o Historial de diabetes
- o Historial de hipertensión o toma de medicación para controlar la tensión arterial
- o Historial de cualquier problema cardíaco
- o Historial de enfermedades del oído, pérdida de audición o problemas de equilibrio
- o Historial de trombosis o coagulación sanguínea
- o Enfermedades psiquiátricas
- o Frio, sinusitis o cualquier problema respiratorio (p.ex. bronquitis, rinitis)
- o Migraña aguda o dolor de cabeza
- o Cualquier tipo de cirugía dentro de las 6 semanas anteriores
- o Encontrarse bajo la influencia de alcohol, drogas o medicamentos
- o Fiebre, vértigos, náuseas, vómitos y diarrea
- o Problemas de compensación de los espacios aéreos
- o Ulceras agudas gástricas

*“He leído y comprendido cada punto de este formulario. La información que he facilitado sobre mi historia médica es exacta. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por las omisiones relativas a un error en reconocer cualquier condición actual o pasada relacionada con mi salud”*

Nombre y apellido      Firma y fecha