

Declaració responsable d'acreditació de l'aptitud psicofísica per a la realització d'activitats d'iniciació al busseig recreatiu

Nom i Cognoms:

DNI: Data de naixement:

Adreça: Localitat:

Província: Telèfon:

e-mail:

Declaro, sota la meva responsabilitat, que no es donen les circumstàncies, pateixo les malalties ni concorren les condicions llistades i que, per tant, reuneixo les condicions psíquiques i físiques necessàries per a la realització de l'activitat d'iniciació al busseig recreatiu:

Embaràs o sospita de poder estar embarassada

Ingesta de medicaments que requereixin de recepta mèdica (a excepció dels anticonceptius)

Persones majors de 45 anys i que compleixen a més amb un dels requisits següents o tots dos:

ser fumador

tenir uns nivells de colesterol elevats

Asma o dificultat respiratòria en realitzar exercici físic

Qualsevol forma de malaltia pulmonar

Pneumotòrax (col·lapse pulmonar)

Historial de cirurgia de tòrax

Claustrofòbia o agorafòbia (por als espais oberts o tancats)

Epilèpsia, atacs, convulsions o pren medicaments per prevenir-los

Historial de marejos i esvaïments (total o parcial pèrdua de coneixement)

Historial d'accidents de busseig o ha patit malaltia descompressiva

Historial de diabetis

Historial d'hipertensió o pren medicació per controlar la tensió arterial

Historial de qualsevol problema cardíac

Historial de malalties de l'oïda, pèrdua d'audició o problemes d'equilibri

Historial de trombosis o coagulació sanguínia

Malalties psiquiàtriques

Fred, sinusitis o qualsevol problema respiratori (p.ex. bronquitis, rinitis)

Migranya aguda o mal de cap

Qualsevol tipus de cirurgia dins de les 6 setmanes anteriors

Trobar-se sota la influència d'alcohol, drogues o medicacions

Febre, vertígens, nàusees, vòmits i diarrea

Problemes de compensació dels espais aeris

Ulceres agudes gàstriques

"He llegit i comprès cada punt d'aquest formulari. La informació que he facilitat sobre la meva història mèdica és exacta, al meu millor entendre. Estic d'acord en acceptar la responsabilitat per les omissions relatives a una errada en reconèixer qualsevol condició actual o passada relacionada amb la meva salut"

Nom i Cognom Signatura i data