

QUESTIONARIO MEDICO PARA ESTUDIANTE DEL CURSO OPEN WATER SNSI

Declaro que he leído todos los puntos del Historial Médico que se enumeran a continuación. A través de mi firma confirmo que es verdadero. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por las omisiones con respecto a mi falta de comunicación hacia mi Instructor y el Centro de las condiciones pre-existentes de salud actuales o en el pasado.

Historial Médico

Para el Participante: Marcar los siguientes puntos.

Por favor, marcar si alguno de los puntos expuestos los tuvo o los tiene al momento.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gripe o congestión | <input type="checkbox"/> Cirugías | <input type="checkbox"/> Presión arterial |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Alcohol en exceso | <input type="checkbox"/> Hernia |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Neumotórax | <input type="checkbox"/> Ulceras en el estómago |
| <input type="checkbox"/> Infecciones en el oído | <input type="checkbox"/> Accidentes graves | <input type="checkbox"/> Problemas en la espalda |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Problemas de oído | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Migrañas frecuentes | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Si usted fuma | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas |

PROBLEMAS ASOCIADOS PARA RESPIRAR OXÍGENO EN ALTA PRESIÓN, HAY QUE PRESTAR ATENCIÓN ESPECIALMENTE EN LO SIGUIENTE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones, vértigo, desmayos y Pérdida de la vista | <input type="checkbox"/> Enfermedad de descompresión u otras patologías de buceo |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Falta de aire al respirar aire frío o hacer ejercicio físico |
| <input type="checkbox"/> Asma/Emfisema | <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes o bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Pulmón/tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Trauma craneal | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas médicos que no se enumeran: _____ | |

NOTAS ADICIONALES SOBRE LOS PUNTOS QUE NO SE INCLUYEN EN LA LISTA DE ARRIBA: _____

Doy fe que estoy físicamente en forma capacitado PARA BUCEAR

He proporcionado una declaración médica reciente

Firma _____ Declaro que la información es la correcta.
Nombre del Estudiante

Lugar y Fecha _____ Firma _____

Nombre del Padre o Tutor _____ Firma del Padre o Tutor

Liberación de Responsabilidad, Asunción de Riesgo y Renuncia

Yo _____ con fecha de nacimiento _____ me estoy inscribiendo en el curso de buceo que será impartido por (Nombre de Instructor) _____

en el (Nombre del Centro) _____ Comenzando el día _____

Por la presente declaro libero y renuncio a cualquier reclamo o demanda de cualquier accidente físico, material, temporal o lesiones permanentes que se puedan ocurrir durante el curso y las actividades relacionadas. También declaro que no voy a acusar SNSI, sus miembros, o de cualquiera de las personas y organizaciones que se enumeran más arriba o involucrados en accidentes o lesiones. Además, entiendo que ni SNSI, los organizadores de las actividades de buceo, los guías de buceo, los escoltas y los asistentes no serán responsables de ninguna manera de cualquier lesión, daño u otros objetos personales incluyendo lesiones, heridas o la muerte, durante éste curso de buceo o como consecuencia de el. También renuncio a reclamar ninguna indemnización, razón o acción, en cualquier ocasión, incluso judicial. Con la presente declaración, también me comprometo a que mis herederos o cesionarios no podrán hacerlo en mi nombre. Declaro que estoy en condiciones físicas que me permiten bucear, me comprometo a comportarme de una manera que reduzca en lo posible cualquier riesgo posible para mí y para otros participantes del curso. Declaro haber leído cuidadosamente esta declaración y estar de acuerdo con ella.

Lugar y Fecha Nombre y Apellido del Participante Firma del Participante

Nombre y apellido de Testigo Firma de Testigo

Como padre o tutor participante, acepto y entiendo lo que se ha dicho en nombre del participante al curso SNSI. He comprendido totalmente el contenido y el significado de esta declaración y asumo toda la responsabilidad en nombre del menor, además estoy consciente de las consecuencias jurídicas que se derivan al firmar éste documento.

Lugar y Fecha Nombre y apellido del estudiante Firma del menor

Nombre del padre o encargado Firma del padre o encargado