



Aprobación del Médico para Bucear

Esta persona está solicitando formación o actualmente está certificada para participar en apnea y/o buceo (equipo autónomo de respiración subacuática). Se solicita su opinión sobre la aptitud médica del solicitante para la apnea y/o el buceo. Hay Pautas para el Examen Físico del Buceador Recreativo adjuntas para su información y referencia.

Información del alumno

El alumno debe completar las secciones de Información del Alumno y Médico Personal. Por favor escribe de forma legible.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AA)
<input type="text"/>		
Dirección de Correo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de Correo Electrónico	Teléfono	

Nombre y Dirección de tu Médico de Cabecera

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Médico	Clínica/Hospital	
<input type="text"/>		
Dirección		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha del último examen físico (DD/MM/AA)	Nombre del médico	Teléfono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clínica/Hospital	Dirección	Correo Electrónico

¿Alguna vez se te pidió tener un examen físico para el buceo? Marca uno Sí No ¿Si sí, cuándo? _____

Médico

Impresión del médico

No encuentro condiciones médicas que considero incompatibles con el buceo. No puedo recomendar el buceo para esta persona.

<input type="text"/>	
Observaciones	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del médico o representante legal del profesional médico	Fecha (DD/MM/AA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Physician's Name or Stamp	Clínica/Hospital
<input type="text"/>	
Dirección	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono	Correo Electrónico