



FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD / COVID-19

Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar esta Declaración Médica adicional para inscribirse en un curso de formación de buceadores o para participar en cualquier actividad de buceo. Si usted es menor de edad, debe presentar esta Declaración firmada por su padre o tutor.

CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL BUCEADOR

El propósito de este cuestionario médico es asegurarse de que usted es apto para bucear, desde el punto de vista médico. Por favor, responda las siguientes preguntas con un SÍ o un NO. Si no está seguro, responda SI. Una respuesta positiva significa que puede haber una condición preexistente que podría afectar su seguridad durante el buceo. Si alguno de estos puntos considera que se adecúa a usted, debemos rogarle que consulte con un médico, preferiblemente un especialista en medicina del buceo, antes de participar en cualquier actividad subacuática.

Dentro de los 40 días inmediatamente anteriores a la fecha de este Formulario de Declaración de Salud, ¿USTED

- ¿HA DADO POSITIVO O PRESUNTAMENTE POSITIVO EN LA PRUEBA POR COVID-19 (EL NUEVO CORONAVIRUS O SARS-COV2), O HA SIDO IDENTIFICADO COMO UN POTENCIAL PORTADOR DEL CORONAVIRUS?
 SI NO
- ¿HA EXPERIMENTADO ALGÚN SÍNTOMA COMÚNMENTE ASOCIADO CON COVID-19 (FIEBRE; TOS; FATIGA O DOLOR MUSCULAR; DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DOLOR DE GARGANTA; INFECCIONES PULMONARES; DOLOR DE CABEZA; PÉRDIDA DEL GUSTO; O DIARREA)?
 SI NO
- ¿HA ESTADO EN ALGÚN LUGAR/SITIO DECLARADO COMO PELIGROSO Y/O POTENCIALMENTE INFECCIOSO DEL NUEVO CORONAVIRUS POR UNA AUTORIDAD SANITARIA O REGULADORA, RECONOCIDA?
 SI NO
- ¿HA ESTADO EN CONTACTO DIRECTO CON O EN LA INMEDIATA PROXIMIDAD DE CUALQUIER PERSONA QUE HAYA DADO POSITIVO CON EL NUEVO CORONAVIRUS O QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA COMO POSIBLEMENTE INFECTADA POR EL NUEVO CORONAVIRUS?
 SI NO

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es totalmente veraz, según mi saber y entender. Acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión al revelar mis condiciones de salud existentes o pasadas.

También me comprometo a informar al _____ acerca de cualquier síntoma que pueda experimentar después de haber rellenado esta declaración y/o haber entrado en contacto con alguien que haya dado positivo después de firmar la declaración.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del
Tutor o Responsable

Fecha

Firma

Firma

DECLARACIONES ADICIONALES / COVID-19

Si se me pide, llevaré una máscara protectora en todo momento mientras participe en la formación / actividades de buceo organizadas por el _____, y tomaré todas las medidas preventivas razonables que puedan ser recomendadas por el _____, o cualquier autoridad pública relevante.

Aceptaré y observaré todas las instrucciones del _____, destinadas a cumplir con todas las regulaciones existentes, necesarias para ayudar a prevenir el riesgo de transmisión, incluyendo tomar mi temperatura, antes de participar en cualquier actividad de buceo.

RECONOZCO y ACEPTO que esta Declaración será considerada como mi consentimiento a _____ para conservar esta Declaración y facilitarla a cualquier autoridad relevante o proveedor de servicios, con el fin de garantizar la seguridad de cualquier tercero que pueda entrar en contacto conmigo antes, durante y después de cualquier actividad de buceo.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del
Tutor o Responsable

Fecha

Firma

Firma