



DECLARACIÓN MÉDICA

ALUMNO

Por favor, escriba con claridad.

Nombre _____

Dirección postal _____

País _____ Código postal _____ Ciudad/Provincia _____

Teléfono particular _____ Teléfono de trabajo _____ FAX _____ E-mail _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre y dirección de su médico de cabecera o de primera asistencia

Doctor _____ Hospital o clínica _____

Dirección _____ Teléfono _____

Fecha del último reconocimiento médico _____

Nombre del médico que lo efectuó _____ Hospital o clínica _____

Dirección _____ Teléfono _____

¿Se le ha solicitado en alguna ocasión un reconocimiento médico para buceo? Sí No ¿Cuándo? _____

MÉDICO

El portador de este documento solicita recibir instrucción de buceo recreativo, o posee la titulación necesaria para la práctica de esta actividad. Se requiere su opinión sobre la idoneidad de esta persona para la práctica del buceo recreativo.

DICTAMEN DEL MÉDICO

- No he hallado enfermedades o lesiones incompatibles con la práctica del buceo recreativo.
 No puedo recomendar la práctica del buceo al interesado.

OBSERVACIONES _____

He leído la Guía del Reconocimiento Médico para Buceadores.

Dr. _____ Fecha _____

Hospital o clínica _____ Teléfono _____

Dirección _____