

## Questionario Médico para actividades subacuáticas

### Medical Questionnaire for diving activities

Nombre Completo / Full Name: .....

D.N.I / Identification Number.....

¿Tienes problemas de corazón, has sufrido o sufres de problemas cardiacos? / Have you or have you had heart problems?

Sí  No

¿Sufres de asma? / Do you have Asthma?

Sí  No

¿Estás embarazada? / Are you pregnant?

Sí  No

¿Tienes Sinusitis o Bronchitis ahora? / Do you have Sinusitis or Bronchitis now?

Sí  No

¿Tienes problemas pulmonares o sufres de Neumotorax? / Do you have pulmonary problems or do you suffer of Pneumothorax?

Sí  No

¿Tienes epilepsia o sufres de convulsiones? / Do you suffer from Epilepsy or convulsions?

Sí  No

¿Tienes Diabetes tipo I (insulinodependiente)? / Do you have Diabetes type I (need insulin)?

Sí  No

¿Has tenido cirugía en los oídos? / Have you had Ear surgery?

Sí  No

¿Sufres de hemorragias o trastornos sanguíneos? / Do you suffer blood clotting disorders?

Sí  No

¿Sufres de hipertensión? / Do you suffer from high blood pressure?

Sí  No

Si alguna de estas preguntas es afirmativa no podrá participar en las actividades de buceo a menos que tenga un certificado médico que lo apruebe.

If you answer YES to any of the below questions you cannot undertake diving activities unless you have a Medical certificate.

Firma / Signature: