



## Formulario de registro de participante de Try Scuba y Basic Diver

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Apellidos	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)
<input type="text"/>		
Dirección de correo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico	Teléfono móvil	

## Contacto de emergencia

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección de correo electrónico	Teléfono móvil

## Política de privacidad

Esta Política de privacidad explica por qué los centros de formación SSI obtienen tus datos personales con el fin de impartir la formación, emitir certificaciones, gestionar tus datos privados y cualquier otra información específica necesaria relativa al cumplimiento de este acuerdo.

Al registrarte en MySSI, aceptas compartir tus datos personales: nombre (nombre y apellido), dirección (apartado de correos), código postal, ciudad, provincia, país, dirección de correo electrónico, números de teléfono (opcional), fecha de nacimiento, foto, idioma, sexo, master ID de SSI, tipo de curso, progreso del curso e información de certificación (nombre, centro de formación SSI, instructor certificador, año de inicio de la actividad de buceo, nivel de experiencia, número de inmersiones y fecha de emisión), además de tu afiliación al centro de formación.

Al dar tu consentimiento, los centros de formación SSI pueden acceder posteriormente a tus datos personales antes descritos para identificarte, verificar o confirmar el estado de tu formación y tus certificaciones, así como para ofrecerte formación continua y servicios basados en tu experiencia de buceo.

Para obtener más información, puedes consultar la Política de privacidad de SSI en [https://my.divessi.com/myssi\\_privacy](https://my.divessi.com/myssi_privacy).

Descarga la aplicación MySSI gratuita, disponible para iOS y Android. SSI diseñó la aplicación MySSI para ofrecerte una "herramienta todo en uno" en tus experiencias de buceo y para que puedas acceder a tus materiales de aprendizaje digital, el libro de registro digital (DiveLog) y las tarjetas de certificación digitales, todo en la palma de tu mano. Incluye una variedad de características como noticias, eventos locales, calendario de formación, divertidos vídeos en 360° e incluso tablas de buceo y señales manuales que puedes repasar antes de tu próxima inmersión.

[my.divessi.com](https://my.divessi.com)



Aplicación MySSI: iOS



Aplicación MySSI: Android





## Informe médico del buceador | Cuestionario del Participante

El buceo exige tener una buena salud física y mental. A continuación, se enumeran algunas de las enfermedades o problemas de salud que pueden ser peligrosos durante la práctica del buceo. Los buceadores que padecen o son propensos a padecer cualquiera de estas afecciones deben superar un examen médico. Este cuestionario sobre el estado de salud para la práctica del buceo recreativo le permite saber, a modo de referencia, si necesita realizar dicho examen. Si tiene alguna duda o no está seguro de si su condición física es adecuada para la práctica del buceo y el presente formulario no le sirve como orientación, consulte con su médico antes de bucear. Si se encuentra mal, no bucee. Si cree que quizá tenga una enfermedad contagiosa, protéjase y proteja a los demás evitando participar en actividades y/o formación de buceo. Cuando en este formulario se emplea el término «buceo», se hace referencia tanto al buceo recreativo con equipo autónomo como a la apnea. Este formulario está diseñado para utilizarse principalmente como una evaluación médica inicial para los buceadores que comienzan a practicar esta actividad, pero también es adecuado para los buceadores que reciben educación continua. Por su seguridad y la de los buceadores que le acompañan, responda a todas las preguntas honestamente.

### Instrucciones

**Complete este cuestionario como requisito previo para recibir formación relacionada con la apnea o el buceo con equipo autónomo.**

**Nota:** Si usted está embarazada o intenta quedarse embarazada, no bucee.

1	He tenido algún problema respiratorio o de salud relacionado con los pulmones, el corazón o la sangre o me han diagnosticado de COVID-19.	Sí <input type="checkbox"/> Vaya al cuadro A	No <input type="checkbox"/>
2	Tengo más de 45 años.	Sí <input type="checkbox"/> Vaya al cuadro B	No <input type="checkbox"/>
3	Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros en 12 minutos o nadar 200 metros sin descansar) o no he podido realizar actividad física normal por motivos de salud o por mi estado físico en los últimos 12 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4	He tenido algún problema ocular, auditivo o relacionado con las fosas nasales o los senos paranasales.	Sí <input type="checkbox"/> Vaya al cuadro C	No <input type="checkbox"/>
5	Me he operado en los últimos 12 meses o actualmente padezco algún tipo de afectación derivada de una operación quirúrgica anterior.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6	He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migraña, he sufrido convulsiones, un accidente cerebrovascular o una lesión grave en la cabeza o padezco una enfermedad o lesión neurológica permanente.	Sí <input type="checkbox"/> Vaya al cuadro D	No <input type="checkbox"/>
7	Estoy realizando un tratamiento (o he completado un tratamiento en los últimos cinco años) para tratar problemas psicológicos, trastornos de la personalidad, ataques de pánico, una adicción a las drogas o al alcohol o me han diagnosticado una dificultad de aprendizaje.	Sí <input type="checkbox"/> Vaya al cuadro E	No <input type="checkbox"/>
8	He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Sí <input type="checkbox"/> Vaya al cuadro F	No <input type="checkbox"/>
9	He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea recientemente.	Sí <input type="checkbox"/> Vaya al cuadro G	No <input type="checkbox"/>
10	Estoy tomando medicamentos bajo prescripción médica (con la excepción de los anticonceptivos o medicamentos antipalúdicos que no sean mefloquina/Lariam).	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

### Firma del participante

Si respondió «NO» a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte la Declaración del Participante a continuación, añadiendo la fecha y su firma.

**Declaración del Participante:** He respondido a todas las preguntas honestamente y entiendo que acepto la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido falsamente o por no haber informado de cualquier problema de salud existente o anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante (o, si es menor de edad, se requiere la firma del padre/madre/tutor del Participante.)

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante (en letra mayúscula)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Nombre del instructor (en letra mayúscula)

\_\_\_\_\_  
Nombre del centro de buceo (en letra mayúscula)

\* Si respondió SÍ a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores O a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte la declaración anterior añadiendo la fecha y su firma, Y entregue a su médico las tres páginas que conforman el presente formulario (el cuestionario del Participante y el formulario del examen médico) para que pueda realizarle un examen médico. No puede participar en un programa de formación de buceo sin la aprobación de su médico.

## Informe médico del buceador | Cuestionario del Participante (continuación)

<b>Cuadro A - Tengo/he tenido:</b>		
Una cirugía torácica, cardíaca o cirugía de válvula cardíaca, un neumotórax (colapso pulmonar) o tengo un estent implantado.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o una obstrucción de las vías respiratorias en los últimos 12 meses, que limita mi capacidad física o me impide practicar ejercicio con normalidad.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Un problema o enfermedad del corazón como, por ejemplo, una angina de pecho, dolor en el pecho al hacer esfuerzos, una insuficiencia cardíaca, un edema pulmonar por inmersión o un infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular, o estoy en tratamiento por afección cardíaca.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis crónica y tos persistente en los últimos 12 meses, o me han diagnosticado un enfisema pulmonar.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Me han diagnosticado de COVID-19.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Cuadro B - Tengo más de 45 años y:</b>		
Actualmente fumo o inhala nicotina por otros medios.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tengo un nivel de colesterol alto.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tengo hipertensión arterial.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
He tenido un familiar (de primer o segundo grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita, enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, o tengo antecedentes familiares por enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidas las alteraciones del ritmo cardíaco, la enfermedad de las arterias coronarias o una cardiomiopatía).	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Cuadro C - Tengo/he tenido:</b>		
Una cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alguna enfermedad auditiva o una cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sinusitis crónica en los últimos 12 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una cirugía ocular en los últimos 3 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Cuadro D - Tengo/he tenido:</b>		
Una lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento en los últimos 5 años.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza crónicos por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicación para prevenirlos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial del conocimiento) en los últimos 5 años.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicación para prevenirlos.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Cuadro E - Tengo/he tenido:</b>		
Problemas de salud conductual, mentales o psicológicos, que requieren tratamiento médico o psiquiátrico.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Un trastorno depresivo mayor, tendencias suicidas, ataques de pánico o un trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Me han diagnosticado una enfermedad de salud mental, un trastorno de aprendizaje o de desarrollo que requiere atención continua.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Adicción a las drogas o al alcohol, que ha requerido tratamiento, en los últimos 5 años.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Cuadro F - Tengo/he tenido:</b>		
En los últimos 6 meses problemas crónicos en la espalda que limitan mi actividad diaria.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una cirugía de espalda o de columna vertebral en los últimos 12 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes, ya sea tratada mediante insulina o dieta, o diabetes gestacional, en los últimos 12 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una hernia sin corregir que limita mis habilidades físicas.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o un tratamiento quirúrgico de una úlcera en los últimos 6 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Cuadro G – Tengo/he tenido:</b>		
Una cirugía de ostomía, por lo que no tengo autorización médica para nadar o participar en actividades físicas.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Deshidratación, que ha requerido intervención médica, en los últimos 7 días.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o un tratamiento quirúrgico de una úlcera en los últimos 6 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o la enfermedad de Crohn.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	Sí * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

\* Se requiere una evaluación médica realizada por un profesional sanitario (véase la página 1).

**Nombre del Participante**

**Fecha de nacimiento**

(en letra mayúscula)

Fecha (dd/mm/aaaa)

## Informe médico del buceador | Formulario del examen médico

La persona mencionada anteriormente solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en la formación o la práctica del buceo recreativo o la apnea. Visite [uhms.org](http://uhms.org) para obtener información médica sobre los problemas de salud que afectan al buceo. Evalúe las áreas importantes con respecto a su paciente como parte de su evaluación.

### Resultado de la evaluación

- Apto: No advierto ningún problema de salud que considere incompatible con el buceo recreativo o la apnea.
- No apto: Advierto algún problema de salud que considero incompatible con el buceo recreativo o la apnea.

Firma del médico

Fecha ((dd/mm/aaaa))

**Nombre del médico**

**Especialidad**

((en letra mayúscula))

**Clínica/hospital**

**Dirección**

**Teléfono**

**Correo electrónico**

Sello del médico/hospital (opcional)

Creado por el [Diver Medical Screen Committee](#) (DMSC) en colaboración con las siguientes entidades:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (Estados Unidos)**

**DAN Europa**

**Centro de Medicina Hiperbárica de la Universidad de California en San Diego (UCSD)**