



FORMULARIO BUCEO

NOMBRE:	VUELO:
MAIL:	TEL:
DEPÓSITO:	FECHA DE NACIMIENTO:

Lee los siguientes párrafos detenidamente. Esta declaración incluye un cuestionario médico y la asunción de riesgos. Si eres menor de edad, tu padre, madre o tutor legal debe leer esta Guía y firmar la última hoja.

También tendrás que aprender importantes normas de seguridad acerca de cómo respirar y equalizar cuando bucees con scuba, mediante las enseñanzas del Profesional que te acompañe.

El buceo con scuba y el uso de este tipo de equipo sin la supervisión o instrucción adecuadas puede dar lugar a lesiones graves o accidentes letales. Por ello, un instructor cualificado debe enseñarte a usarlo y vigilar tus acciones constantemente. El buceo con scuba es una actividad emocionante y exigente. Para poder bucear no puedes tener un sobrepeso excesivo o estar en muy baja forma. Dependiendo de las condiciones, el buceo puede ser agotador.

Tus sistemas respiratorio y circulatorio deben estar sanos. Todos los espacios que albergan aire en el cuerpo también deben estar sanos y funcionar normalmente. Una persona con problemas de corazón, un resfriado o congestión, epilepsia, asma, un problema médico grave o que esté bajo los efectos del alcohol o las drogas no debería bucear.

Si estás tomando algún medicamento, consulta a tu médico antes de participar en este programa. El objetivo del cuestionario médico es averiguar si debe verte un médico antes de participar en actividades de buceo recreativo con scuba.

Contestar "sí" a una de las preguntas no tiene por qué impedirte bucear. Simplemente significa que tienes una afección de salud previa que puede afectar tu seguridad mientras buceas y, por ello, debes pedir la opinión de un médico.

Te rogamos que contestes a las preguntas que aparecen a continuación acerca de tu historia médica pasada y presente con un "SÍ" o "NO". Si no estás seguro, contesta "SÍ".

Si cualquiera de las preguntas es aplicable a tu caso, debemos solicitar que te vea un médico antes de poder bucear con scuba.

- En este momento, ¿tienes alguna infección de oído? _____
- ¿Tienes antecedentes de enfermedades del oído, pérdida de audición o problemas de equilibrio? _____
- ¿Te han operado los oídos o los senos nasales? _____
- En este momento, ¿tienes un resfriado, congestión, sinusitis o bronquitis? _____
- ¿Tienes antecedentes de problemas respiratorios, fuertes reacciones alérgicas al polen o de otro tipo o problemas de pulmón? _____
- ¿Alguna vez se te ha colapsado un pulmón (neumotórax) o te han realizado una cirugía de pecho? _____
- ¿Tienes asma en la actualidad o has tenido alguna vez un enfisema o tuberculosis? _____
¿Estás tomando algún medicamento que pudiera impedir tus capacidades físicas o mentales? _____
- ¿Tienes problemas de salud mental, psicológica o de conducta, o algún trastorno del sistema nervioso? _____
- ¿Estás embarazada o podrías estarlo? _____
- ¿Alguna vez te han hecho una colostomía (cirugía de colon)? _____
- ¿Alguna vez has tenido problemas cardíacos o ataques de corazón, o te han operado de corazón o de los vasos sanguíneos? _____
- ¿Tienes antecedentes de hipertensión o angina de pecho o tomas medicamentos para controlar la tensión arterial? _____
- ¿Tienes más de 45 años y antecedentes familiares de ataques de corazón o infartos cerebrales? _____
- ¿Tienes antecedentes de hemorragias u otros trastornos sanguíneos? _____
- ¿Tienes antecedentes de diabetes? _____
- ¿Alguna vez has tenido ataques de apoplejía, pérdidas del conocimiento, desmayos, convulsiones o epilepsia o tomado medicamentos para prevenirlos? _____
- ¿Tienes antecedentes de problemas de espalda, brazos o piernas a raíz de una lesión, fractura o cirugía? _____
- ¿Tienes antecedentes de miedo a los espacios cerrados o abiertos o ataques de pánico (claustrofobia o agorafobia)? _____

En nombre de la empresa tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si en Pura Vida Diving Islas Canarias SL estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios.

Asimismo solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como cliente.

Responsable: Identidad: Pura Vida Diving Islas Canarias SL - NIF: B76249564 Dir. postal: Avenida Islas Canarias 1 CC Punta Limones Teléfono: 620281900 Correo elect: admin@puravidalanzarotediving.com

SI

NO

FIRMA

FECHA