



PROTECCIÓN DE DATOS.

Los datos de carácter personal serán tratados por la Dirección General de Formación Profesional, Enseñanzas de Régimen Especial y Educación Permanente (Gran Vía Escultor Salzillo, n.º 32, 2.ª escalera, 5.ª planta, CP 30005, Murcia, Teléfono: 968365402) con la finalidad de gestionar el procedimiento 492 - Prueba específica de acceso y admisión a las enseñanzas de grado medio.

Dicho tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en el ejercicio de poderes públicos, en cumplimiento de la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación y conforme al artículo 6.1 e) del Reglamento General de Protección de Datos. No se cederán los datos a terceros salvo obligación legal o sean organismos públicos necesarios para la gestión del procedimiento. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación lo dispuesto en la normativa de archivos y patrimonio documental español. Los datos tratados serán aportados por los interesados o su representante y por la Plataforma de Interoperabilidad de la CARM.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos y el Delegado de Protección de Datos en la página web: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m).

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, en la página web: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2736&IDTIPO=240&RASTRO=c672\\$m2469](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=2736&IDTIPO=240&RASTRO=c672$m2469). Asimismo, puede dirigirse al Delegado de Protección de Datos de Gestión Documental de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en la dirección de correo: delegado@carmedu.es.

ANEXO III

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL MEDICO

Real Decreto 55072020, de 2 de junio (BOE nº 177, de 26 de junio)

NOMBRE DEL MEDICO _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____





Cuadro A- Tengo /he tenido

Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvula cardíaca, colocación de "stent" o neumotórax (pulmón colapsado)	Sí O	No O
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física o ejercicio.	Sí O	No O
Un problema o enfermedad que involucre mi corazón como: angina de pecho, dolor en el pecho en el esfuerzo, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, miocardiopatía o accidente cerebrovascular, o estoy tomando medicamentos para cualquier afección cardíaca	Sí O	No O
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, o han sido diagnosticados con enfisema	Sí O	No O

Cuadro B- Tengo más de 45 años

Actualmente fumo o inhala nicotina por otros medios	Sí O	No O
Tengo un nivel alto de colesterol	Sí O	No O
Tengo presión arterial alta.	Sí O	No O
He tenido un familiar (de 1er. o 2º grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita o de enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, o tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatía	Sí O	No O

Cuadro C- Tengo /he tenido

Cirugía sinusal en los últimos 6 meses	Sí O	No O
Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio	Sí O	No O
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses	Sí O	No O
Cirugía ocular en los últimos 3 meses	Sí O	No O





Cuadro D- Tengo /he tenido		
Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años	Sí O	No O
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes	Sí O	No O
Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos	Sí O	No O
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años	Sí O	No O
Epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicamentos para prevenirlos	Sí O	No O

Cuadro E- Tengo /he tenido		
Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico o psiquiátrico	Sí O	No O
Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico	Sí O	No O
He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje o desarrollo que requiere atención continua.	Sí O	No O
Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años	Sí O	No O

Cuadro F- Tengo /he tenido		
Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria	Sí O	No O
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses	Sí O	No O
Diabetes , ya sea controlada por insulina o por dieta , o diabetes gestacional en los últimos 12 meses	Sí O	No O
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas	Sí O	No O
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses	Sí O	No O

Cuadro G- Tengo		
Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física	Sí O	No O
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días	Sí O	No O





Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses	Sí O	No O
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	Sí O	No O
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn	Sí O	No O
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses	Sí O	No O

INFORME MEDICO DEL BUCEADOR

El participante solicita una evaluación sobre su idoneidad médica para participar en el entrenamiento o actividad de buceo.

Nombre del Participante- _____

Fecha de Nacimiento _____

Resultado de la Evaluación

☐ Apto— No encuentro condiciones que considere incompatibles con el buceo.

☐ No Apto - Encuentro condiciones que considere incompatibles con el buceo.

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

Centro Médico/Hospital _____

Dirección _____

Tlf _____ e-mail _____

Firma del médico:

Fecha de la evaluación:

Sello del Médico del Hospital (en su caso)





QUINONERO RUIZ, LUIS

25/09/2025 14:02:31

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) CARM-86889730-9a07-7140-cd09-0050569b34e7



Región de Murcia
Consejería de Educación
y Formación Profesional

Dirección General de Formación Profesional,
Enseñanzas de Régimen Especial
y Educación Permanente