



## 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** \_\_\_\_\_

<b>Cuadro A- Tengo /he tenido</b>		
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 involucra 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

<b>Cuadro B- Tengo más de 45 años</b>		
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

<b>Cuadro C- Tengo /he tenido</b>		
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

<b>Cuadro D- Tengo /he tenido</b>		
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

<b>Cuadro E- Tengo /he tenido</b>		
-----------------------------------	--	--



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

<b>Cuadro F- Tengo /he tenido</b>		
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

<b>Cuadro G Tengo</b>		
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 <b>por reflujo</b> 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 \_\_\_\_\_



**Región de Murcia**  
Consejería de Educación, Formación  
Profesional y Empleo

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

## 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 medico:

Fecha de la evaluación:

Sello del Médico del Hospital (en su caso).