



DECLARACIÓN RESPONSABLE

SOBRE EL ESTADO DE SALUD PARA LA PRÁCTICA DE LA PESCA DE RECREO SUBMARINA A PULMÓN LIBRE (Código procedimiento: 114)

Real Decreto / de de (BOE nº de fecha)

Dº/Dña., con fecha de nacimiento, en calidad de solicitante de la licencia de pesca correspondiente, **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad, haber respondido a todas las preguntas honestamente, y entiende que acepta la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido inexactamente o por no haber revelado cualquier condición de salud existente o pasada.

CUESTIONARIO PREVIO

Complete este cuestionario como requisito previo para la práctica de la pesca de recreo submarina a pulmón libre.

Nota para las mujeres: Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, no bucee.

	SI	NO
1.- He tenido problemas con mis pulmones o respiración, corazón o sangre.	<input type="checkbox"/> Ir a cuadro A	<input type="checkbox"/>
2.- Tengo más de 45 años.	<input type="checkbox"/> Ir a cuadro B	<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 participar en una actividad física normal, debido a razones de estado físico o de salud en los últimos 12 meses. (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales o senos paranasales.	<input type="checkbox"/> Ir a cuadro C	<input type="checkbox"/>
5.- He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, o tengo problemas continuos relacionados con un cirugía anterior. (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migrañas, convulsiones, accidentes cerebrovasculares, lesión significativa en la cabeza, o he sufrido de lesión o enfermedad neurológica persistente.	<input type="checkbox"/> Ir a cuadro D	<input type="checkbox"/>
7.- He tenido problemas psicológicos, me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de personalidad, ataque de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol.	<input type="checkbox"/> Ir a cuadro E	<input type="checkbox"/>
8.- He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	<input type="checkbox"/> Ir a cuadro F	<input type="checkbox"/>
9.- He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	<input type="checkbox"/> Ir a cuadro G	<input type="checkbox"/>
10.- Estoy tomando medicamentos recetados (con excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos). (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió NO a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una **evaluación** médica. Por favor, lea y acepte la declaración del participante con la fecha y su firma.

(*) Si respondió SÍ a las preguntas 3, 5 o 10 del Cuestionario Previo o a cualquiera de las preguntas planteadas en el Cuestionario de Antecedentes del Apartado 3, lea y acepte esta declaración con la fecha y su firma y llévela a su Doctor, para realizar el correspondiente Informe Médico de Evaluación. Una vez firmada la Evaluación, se deberá aportar junto a la solicitud de la licencia correspondiente.



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES

Cuadro A - Tengo/he tenido:	SI(*)	NO
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvula cardíaca, colocación de "stent" o neumotórax (pulmón colapsado).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre de heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física o ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, o han sido diagnosticados con enfisema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuadro B - Tengo más de 45 años y:	SI(*)	NO
Actualmente fumo o inhala nicotina por otros medios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo un nivel alto de colesterol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo presión arterial alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He tenido o tengo 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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuadro C - Tengo/he tenido:	SI(*)	NO
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía ocular en los últimos 3 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuadro D - Tengo/he tenido:	SI(*)	NO
Lesiones en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza recurrentes por migrañas en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicamentos para prevenirlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuadro E - Tengo/he tenido:	SI(*)	NO
Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico o psiquiátrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requieran medicación/tratamiento psiquiátrico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje o desarrollo que requiere atención continua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuadro F - Tengo/he tenido:	SI(*)	NO
Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes, ya sea controlada por insulina o por dieta, o diabetes gestacional en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió NO a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una **evaluación** médica. Por favor, lea y acepte la declaración del participante con la fecha y su firma.

(*) Si respondió SÍ a las preguntas 3, 5 o 10 del Cuestionario Previo o a cualquiera de las preguntas planteadas en el Cuestionario de Antecedentes del Apartado 3, lea y acepte esta declaración con la fecha y su firma y llévela a su Doctor, para realizar el correspondiente Informe Médico de Evaluación. Una vez firmada la Evaluación, se deberá aportar junto a la solicitud de la licencia correspondiente.



CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES

Cuadro G - Tengo/he tenido:	SÍ(*)	NO
Cirugía de oostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si respondió **NO** a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una **evaluación** médica. Por favor, lea y acepte la declaración del participante con la fecha y su firma.

(*) Si respondió **SÍ** a las preguntas 3, 5 o 10 del Cuestionario Previo o a cualquiera de las preguntas planteadas en el Cuestionario de Antecedentes del Apartado 3, lea y acepte esta declaración con la fecha y su firma y llévela a su Doctor, para realizar el correspondiente Informe Médico de Evaluación. Una vez firmada la Evaluación, se deberá aportar junto a la solicitud de la licencia correspondiente.

En a de

Fdo.:



INSTRUCCIONES RELATIVAS A LA CUMPLIMENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO

La persona que presente este formulario deberá cumplimentar los datos identificativos que se requieren.

CUESTIONARIO PREVIO

La persona interesada debe cumplimentar el cuestionario como declaración responsable del buceador sobre su estado de salud (ANEXO I), como requisito previo para la práctica de la pesca de recreo submarina a pulmón libre, indicando sí o no en las casillas indicadas.

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES

La persona interesada debe cumplimentar el cuestionario seleccionando las patologías o antecedentes médicos padecidos, de forma que queden más detalladas las declaraciones del cuestionario previo.

LUGAR, FECHA Y FIRMA

Deberá firmar el formulario.