

Instructor :

Número: TD24-0

# CUSTOMER BOOKING FORM

*Por favor escribe claramente 😊*

Nombre:

Nacionalidad:

Apellido:

Teléfono:

Fecha de nacimiento:

Teléfono de emergencia

E-mail:

Dónde nos has conocido ?

Dirección Postal

◇ Calle ◇ Internet ◇ Tripadvisor ◇ Amigo:

Hotel y nº habitación

Videos (50€ )

Fotos (20€ persona)

◇ Si ◇ NO

◇ Si ◇ NO

◇ Estoy de acuerdo en que mis imágenes pueden publicarse en redes sociales

*Se requiere un depósito para reservar una actividad, el saldo debe ser pagado en su totalidad antes de iniciar la actividad. No reembolsable.*

**( A Rellenar por el CENTRO DE BUCEO)**

## BAUTIZO DE MAR

Sign up date	Start Date	Time	Instructor	Price

Entiendo que soy responsable de cualquier material y / o equipo que es prestado o utilizado por mí y voy a pagar por los daños o pérdidas que se produce como resultado de mi negligencia.

◇ Efectivo ◇ Tarjeta

**TOTAL :**

Deposito :

Diferencia :

Firma:

Fecha :

BCD:

Nº pie :

Talla :

KG:

**POR FAVOR DÉ VUELTA Y LLENE LA DECLARACION MEDICA**



# TRY SCUBA/BASIC DIVER CUESTIONARIO MÉDICO

Por favor, leer cuidadosamente antes de firmar

El objetivo de este cuestionario médico es saber si debes ser examinado por un médico antes de participar en el programa Try Scuba Diving o Basic Diver. Una respuesta afirmativa a alguna de las preguntas no te descalifica necesariamente del buceo. Dicha respuesta indica que existe una condición previa que puede afectar a tu seguridad durante el buceo, y debes consultar a tu médico a ese respecto antes de cualquier actividad en el agua.

El buceo es una actividad apasionante y exigente. Cuando se realiza correctamente, aplicando las técnicas adecuadas, es muy seguro. Sin embargo, cuando se siguen los procedimientos de seguridad establecidos, existen ciertos riesgos. Bajo ciertas circunstancias, el buceo puede ser extenuante. Por eso, no debes tener un excesivo sobrepeso ni estar en baja forma física.

Para realizar actividades de buceo autónomo, tus sistemas respiratorio y circulatorio deben funcionar bien. Todos los espacios huecos del organismo deben estar en buen estado. No debería bucear toda aquella persona que tenga problemas cardíacos, un resfriado o congestión común, epilepsia, asma otro problema médico grave, o esté bajo la influencia del alcohol o drogas. Si estás tomando medicación, consulta a tu médico y al Profesional SSI antes de participar en este programa. Si tienes alguna duda o pregunta relacionada con este Cuestionario Médico, consulta a tu Profesional SSI antes de firmar.

Durante este programa, tu Profesional SSI te enseñará las importantes normas de seguridad relacionadas con la respiración y la compensación durante la práctica del buceo autónomo. Un uso inadecuado del equipo de buceo autónomo puede producir lesiones graves o incluso la muerte. Para usarlo de forma segura, debes aprender meticulosamente su correcta utilización bajo la supervisión directa de un Profesional SSI cualificado.

Por favor, responde SI o NO a las siguientes preguntas sobre tu historial médico pasado o presente. Si no estás seguro, responde SI. Si estás incluido en alguna de estas situaciones, debemos pedirte que consultes a un médico antes de practicar el buceo autónomo. Tu Profesional SSI te proporcionará un informe médico y una guía para efectuar un reconocimiento médico específico para el Buceo Autónomo Recreativo, documentos que deberás entregar al médico.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Historial de cirugía en oídos o senos?                                | <input type="checkbox"/> Has tenido un colapso pulmonar (neumotórax) o historial de operaciones del pecho?  | <input type="checkbox"/> Tienes historial de tensión arterial alta, angina de pecho o tomas medicamentos para controlar la tensión arterial? |
| <input type="checkbox"/> Sufres actualmente una congestión, resfriado, sinusitis o bronquitis? | <input type="checkbox"/> Tienes asma o un historial de enfisema o tuberculosis?   | <input type="checkbox"/> Tienes más de 45 años y tienes historial de familiares de ataque al corazón o derrame cerebral?                     |
| <input type="checkbox"/> Estás experimentando actualmente algún problema de oído?              | <input type="checkbox"/> Actualmente estás tomando medicamentos que llevan una advertencia sobre cualquier deterioro de tus habilidades físicas o mentales? | <input type="checkbox"/> Tienes historial de hemorragias u otros trastornos sanguíneos?  |
| <input type="checkbox"/> Infección en el oído?   | <input type="checkbox"/> Tienes problemas de salud mental o psicológicos o un trastorno del sistema nervioso?   | <input type="checkbox"/> Tienes historial de diabetes?   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del oído?  | <input type="checkbox"/> Estás o podrías estar embarazada?  | <input type="checkbox"/> Tienes historial de convulsiones, desmayos, vahídos o epilepsia o tomas medicamentos preventivos?                   |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición?  | <input type="checkbox"/> Tienes historial de colostomía?  | <input type="checkbox"/> Tienes historial de problemas de espalda, brazos o piernas después de una lesión, fractura o cirugía?               |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el equilibrio?  | <input type="checkbox"/> Tienes historial de trastornos cardíacos, ataque cardíaco, cirugía cardíaca o cirugía de vasos sanguíneos?                         | <input type="checkbox"/> Tienes historial de miedo a espacios cerrados o abiertos o ataques de pánico (claustrofobia o agorafobia)?          |
| <input type="checkbox"/> Tienes un historial de complicaciones respiratorias?                  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Fiebre del heno grave?  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Alergias?   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno pulmonar?   |   |  |

La información facilitada acerca de mi historial médico es precisa a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad por omisión con respecto a mi falta de divulgación de cualquier condición de salud presente o pasada.

---

Firma

---

Fecha (DD/MM/AA)

---

Firma de los Padres o el Tutor

---

Fecha (DD/MM/AA)