



Federación Mexicana de Actividades Subacuáticas, A.C.
Confederación Mundial de Actividades Subacuáticas, A.C.

PERFIL MÉDICO PERSONAL

Impartido por el Instructor: _____

No. Certificación FMAS/CMAS: _____

A través de la Asociación: _____

Fecha: _____

1.- Nombre completo _____

2.- Edad _____ 3.- Sexo _____

4.- Peso _____ 5.- Estatura _____

6.- Complexión _____ 7.- Color de ojos _____

8.- Tipo sanguíneo _____ 9.- Rh _____

10.- ¿Tiene experiencia en actividades acuáticas y/o buceo?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

11.- ¿Participa regularmente en alguna actividad deportiva?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

12.- ¿Ha volado en avión?

No ☐ Sí ☐

Si es que ha volado, ¿ha presentado dolor en oídos y/o cabeza?

No ☐ Sí ☐

13.- ¿Tiene alguna restricción médica para realizar alguna actividad(es)?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

14.- ¿Le han practicado encefalogramas o algún otro estudio cerebral?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____



15.- ¿Ha presentado desórdenes psico o neuromotores?

No ☐

Sí ☐

Especifique: _____

16.- ¿Ha padecido alguna vez convulsiones?

No ☐

Sí ☐

Especifique: _____

17.- ¿Padece Epilepsia?

No ☐

Sí ☐

18.- ¿Ha tenido golpes fuertes o traumatismos en la cabeza?

No ☐

Sí ☐

19.- ¿Sufre migraña severa o dolores de cabeza frecuentes con punzadas?

No ☐

Sí ☐

20.- ¿Se mareo con frecuencia?

No ☐

Sí ☐

21 ¿Tiene crisis nerviosas, o periodos de depresión fuertes?

No ☐

Sí ☐

22.- ¿Presenta desórdenes de la personalidad, suficientemente graves para haberse manifestado repetidamente mediante acciones evidentes?

No ☐

Sí ☐

23.- ¿Tiene alguna enfermedad cardiaca, en particular en la arteria coronaria?

No ☐

Sí ☐

24.- ¿Ha tenido infarto al miocardio?

No ☐

Sí ☐

¿Cuándo? _____

25.- ¿Tiene angina de pecho?

No ☐

Sí ☐

26.- ¿Padece o ha padecido de arritmia cardiaca?

No ☐

Sí ☐



27.- ¿Cual es la fecha de su último electroencefalograma?: _____

28.- Su presión arterial es:

Normal ☐

Baja ☐

Alta ☐

En caso de hipertensión, ¿toma medicamentos? _____

29.- ¿Presenta problemas respiratorios cuando hace frío?

No ☐

Sí ☐

30.- ¿Ha sufrido sobre expansión pulmonar?

No ☐

Sí ☐

31.- ¿Tiene quistes pulmonares?

No ☐

Sí ☐

32.- ¿Le han efectuado alguna cirugía pulmonar o torácica?

No ☐

Sí ☐

33.- ¿Tiene algún padecimiento asmático después de la infancia?

No ☐

Sí ☐

34.- ¿Ha padecido Tuberculosis?

No ☐

Sí ☐

¿Cuándo? _____

35.- ¿Padece o ha padecido Bronquitis?

No ☐

Sí ☐

36.- ¿Si es fumador, indique cuantos cigarrillos o pipas fuma al día: _____

37.- ¿Ha sufrido ruptura de tímpano?

No ☐

Sí ☐

38.- ¿Tiene algún problema de equilibrio?

No ☐

Sí ☐

39.- ¿Le ha practicado cirugía en el oído medio?

No ☐

Sí ☐



40.- ¿Usa alguna prótesis en el oído medio?

No ☐ Sí ☐

41.- ¿Presenta algún proceso patológico activo, agudo o crónico en el oído medio o interno?

No ☐ Sí ☐ Especifique _____

42.- ¿Tiene el tabique nasal desviado?

No ☐ Sí ☐

43.- ¿Padece sinusitis?

No ☐ Sí ☐

44.- ¿Presenta problemas serios de digestión o úlceras?

No ☐ Sí ☐

45.- ¿Presenta frecuentes diarreas?

No ☐ Sí ☐

46.- ¿Padece reumatismo o artritis?

No ☐ Sí ☐

47.- ¿Ha sufrido fracturas, esguinces o desgarres recientes?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

48.- ¿Tiene hernias?

No ☐ Sí ☐

49.- ¿Es usted anémico(a)? No ☐ Sí ☐

En caso de padecer anemia, ¿es falciforme? No ☐ Sí ☐

50.- ¿Padece diabetes? No ☐ Sí ☐

¿Utiliza insulina o algún otro antidiabético? No ☐ Sí ☐

Especifique: _____



51.- ¿Ha estado sometido a tratamiento prolongado con cortico esteroides, o algún otro esteroide?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

52.- ¿Toma con frecuencia algún medicamento tranquilizante o estimulante?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

53.- ¿Consume o ha consumido alguna droga?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

54.- ¿Es usted adicto a alguna droga?

No ☐ Sí ☐ Especifique: _____

55.- ¿Consume usted alcohol? No ☐ Sí ☐

Si lo consume, indique cantidad y frecuencia: _____

56.- ¿Padece sífilis o gonorrea?

No ☐ Sí ☐

57.- ¿Padece SIDA?

No ☐ Sí ☐

Estoy consciente que el buceo es un deporte especial y que el estado de salud de quien lo practica es importante, por lo que certifico que esta declaración es verídica y ha sido avalada por un médico y se anexa el certificado médico correspondiente.

Nombre y firma del interesado

Nombre y firma del médico aval

Cédula profesional

Fecha