

Recreational Diving Health Questionnaire

Diving requires good physical and mental health. There are some medical conditions that can be dangerous while diving, and they are listed below. Those who have or are predisposed to any of these conditions should be evaluated by a physician. This Diver's Medical Questionnaire provides a basis for determining whether you should seek such an evaluation. If you have any concerns about your fitness to dive and they are not represented on this form, consult your physician before diving. References to "diving" on this form cover both recreational scuba diving and free diving. This form is designed primarily as an initial medical examination for new divers, but is also appropriate for divers receiving continuing education. For your safety and the safety of others who may dive with you, please answer all questions conscientiously.

INSTRUCTIONS

Complete this questionnaire as a prerequisite for free diving or scuba training.

Note to women: If you are pregnant, or attempting to become pregnant, do not dive.¹

1	I have had problems with my lungs or breathing, heart or blood.	Yes <input type="checkbox"/> go to table A	No <input type="checkbox"/>
2	I am over 45 years old.	Yes <input type="checkbox"/> go to table B	No <input type="checkbox"/>
3	I enjoy moderate exercise (for example, walking 1.6 kilometers in 12 minutes or swimming 200 meters without resting), or I have not been able to participate in normal physical activity due to fitness or health reasons in the last 12 months.	Yes <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4	I have had problems with my eyes, ears, or nasal or sinus phases.	Yes <input type="checkbox"/> go to table C	No <input type="checkbox"/>
5	I have had surgery in the last 12 months, or I have ongoing problems related to a previous surgery.	Yes <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6	I have lost consciousness, had migraine headaches, seizures, stroke, significant head injury, or have suffered a persistent neurological injury or disease.	Yes <input type="checkbox"/> go to table D	No <input type="checkbox"/>
7	I have had psychological problems, been diagnosed with a learning disability, personality disorder, panic attacks, or a drug or alcohol addiction.	Yes <input type="checkbox"/> go to table E	No <input type="checkbox"/>
8	I have had back problems, hernia, ulcers or diabetes	Yes <input type="checkbox"/> go to table F	No <input type="checkbox"/>
9	I've had stomach or intestinal problems, including recent diarrhea.	Yes <input type="checkbox"/> go to table G	No <input type="checkbox"/>
10	I am taking prescription medicine (with the exception of birth control or anti-malarial medicine).	Yes <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Participant's Signature

If you answered NO to all 10 questions above, no medical evaluation is required. Please read and accept the participant's statement below with date and signature.

Participant's Statement: I have answered all questions honestly, and I understand that I accept responsibility for any consequences resulting from any questions I may have answered inaccurately or for not disclosing any existing or past health conditions.

Participant's signature (or, if a minor, the signature of the participant's parent/guardian is required)

Date: (dd/mm/yyyy)

Participant's Name:

Date of Birth: (dd/mm/yyyy)

Name of Instructor:

Name of Dive Center:

* If you answered YES to questions 3, 5 or 10 above or any of the questions on page 1, read and accept the above statement with the date and your signature, and take the Physician Evaluation Form to your doctor for a medical evaluation. Participation in a dive training program requires medical evaluation and approval.

Nombre del Participante:

Fecha de Nacimiento:

Informe Médico del Buceador/ Cuestionario del Participante (confidencial)

Cuadro A - Tengo/ he tenido		
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvula cardíaca, colocación de "stent" o neumotórax (pulmón colapsado).	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física/ ejercicio.	Si <input type="checkbox"/>	NO <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.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, o han sido diagnosticados con enfisema.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cuadro B - Tengo más de 45 años y:		
Actualmente fumo o inhala nicotina por otros medios	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tengo un nivel alto de colesterol	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tengo presión arterial alta	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
He tenido un familiar (de 1er. o 2° 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)	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cuadro C - Tengo/ he tenido		
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirugía ocular en los últimos 3 meses	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cuadro D - Tengo/ he tenido		
Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses o tomo medicamentos para prevenirlos.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos cinco años.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia, ataques o convulsiones, o tomo medicamentos para prevenirlos.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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

Cuadro F - Tengo/ he tenido		
Problemas recurrentes en la espalda en los últimos seis meses que limitan mi actividad diaria.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos doce meses.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetes, ya sea controlada por insulina o por dieta, o diabetes gestacional en los últimos doce meses.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos seis meses.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cuadro G - Tengo		
Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos seis meses.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Cuadro G - Tengo

Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

