

ESTUDIANTE

Por favor escribir con letra legible

Nombre _____ Fecha Nac. _____ Edad _____
Nombre Apellido Día / Mes / Año

Dirección _____

Ciudad _____ Estado/Provincia/Región _____

País _____ Código Postal _____

Teléfono Particular () _____ Teléfono Comercial () _____

Email _____ FAX _____

Nombre y dirección de su médico familiar

Medico _____ Clínica/Hospital _____

Dirección _____

Fecha del último examen físico _____

Nombre del examinador _____ Clínica/Hospital _____

Dirección _____

Teléfono () _____ Email _____

¿Ha sido requerido de usted anteriormente tomar un examen físico para bucear? Sí No ¿Cuándo? _____

MEDICO

Esta persona está presentemente certificada o es un candidato para participar en entrenamiento de buceo scuba (aparato autónomo para respirar bajo el agua). Su opinión sobre el estado físico del candidato para participar en buceo scuba es requerida. Favor de verificar dicho estado siguiendo las guías para un examen físico para participar en actividades de scuba.

Impresión Médica:

- No encuentro condiciones físicas que yo considero incompatible con el buceo scuba
- No puedo recomendar a este individuo para participar en el buceo scuba

Comentarios _____

_____ Date _____
Firma del medico Día / Mes / Año

Medico _____ Clínica/Hospital _____

Dirección _____

Teléfono () _____ Email _____