



CMAS
CONFÉDÉRATION MONDIALE
DES ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES
WORLD UNDERWATER FEDERATION



Federación Española de Actividades Subacuáticas

Declaración jurada de estado de salud

Por el presente documento, D. _____
Con DNI _____ **JURO que NO PRESENTO NI HE PRESENTADO**
ninguna de las patologías abajo reseñadas, todas ellas incompatibles con la práctica del
buceo con escafandra autónoma:

- Tomar actualmente o de forma regular **MEDICACION** alguna.
- Haber sido diagnosticado de enfermedades respiratorias graves como **TUBERCULOSIS, ASMA, NEUMONIA, NEUMOTORAX**, etc.
- Padeecer **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS** en la actualidad.
- Padeecer enfermedades de nariz, garganta, **SENOS U OIDO** en la actualidad
- Padeecer o haber padecido **ENFERMEDADES CARDIACAS** como, soplos, infartos, arritmias, intervenciones quirúrgicas de corazón, etc.
- Padeecer enfermedades que puedan provocar **PERDIDAS DE CONCIENCIA** (epilepsia, Alt. nerviosas, etc.)
- Padeecer de **PRESION ARTERIAL ALTA**.
- Padeecer o haber padecido enfermedades que provoquen **MAREOS O VERTIGO**
- Padeecer enfermedades metabólicas como la **DIABETES O SIMILARES**.
- Que los últimos exámenes **E.C.G.**, radiológico de tórax, **O.R.L.**, y Analítico de sangre y orina **NO ESTABAN FUERA DE LOS VALORES NORMALES**.
- Padeecer **CLAUSTROFOBIA** o fobias análogas.
- Padeecer **ENFERMEDADES INFECCIONASAS** en la actualidad.
- Padeecer **PROBLEMAS MENTALES O EMOCIONALES** en la actualidad.
- Padeecer hábitos tóxicos **EXCESIVOS** en el consumo de **ALCOHOL O TABACO**.
- Padeecer hábitos tóxicos con otros tipos de **DROGAS**.
- Estar **EMBARAZADA** en la actualidad.
- Padeecer enfermedades o problemas médicos no mencionados anteriormente y que sean incompatibles con el buceo autónomo.

Por la presente firma **VERIFICO** la absoluta veracidad de los datos arriba expuestos correspondientes a mi estado de salud o a la del menor a mi cargo. Así mismo, exonero al instructor a cargo de la experiencia subacuática de todos aquellos perjuicios o daños que pudieran derivar de una falsa información por mi parte.

Firma

(En caso de un menor de edad, es necesaria la firma del padre o tutor):

Nombre y apellidos del padre o tutor: _____

DNI: _____