

Informe Médico del Buceador | Formulario de Evaluación del Médico

Nombre del Participante _____

Fecha de Nacimiento _____

(Mayúsculas)

Fecha (dd/mm/aaaa)

La persona mencionada anteriormente solicita su opinión sobre su idoneidad médica para participar en el entrenamiento o actividad de buceo.

Resultado de la Evaluación

- Apto– No encuentro condiciones que considere incompatibles con el buceo.**
- No Apto – Encuentro condiciones que considero incompatibles con el buceo.**

Firma del Médico

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

(Mayúsculas)

Centro Médico/Hospital _____

Dirección _____

Teléfono _____ **Email** _____

Sello del Médico/Hospital (opcional)