



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)