



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)