

INFORME MÉDICO PARA BUCEO RECREATIVO

He realizado la revisión médica para buceo recreativo a:

NOMBRE Y APELLIDO:

EDAD:

DNI o PASAPORTE:

El resultado es:

Seleccionar

APTO

La revisión médica e historial no revelan incompatibilidad con el buceo

APTO CONDICIONAL

La revisión médica revela inconvenientes para la práctica del buceo. Se ha informado al interesado.

NO APTO

La revisión médica revela contraindicaciones absolutas para la práctica del buceo

INCAPACITACIÓN TEMPORAL

La revisión médica muestra detalles incapacitantes temporales para el buceo. Es necesaria otra revisión médica.

Declaro que soy médico deportivo autorizado en el país donde se extiende este certificado.

NOMBRE DEL MÉDICO:

FECHA:

FIRMA Y SELLO:

COLEGIADO NÚMERO:

Este documento es propiedad del interesado que presentará donde se le pida, pero no lo cederá. El médico guardará copia en su historial. Tiene una validez de 1 año.