

**FEDERACIÓ CATALANA D'ACTIVITATS  
SUBAQUÀTIQUES  
ESCOLA NACIONAL DE BUSSEIG ESPORTIU**



**Declaració d'Estat de Salut**

Per la present document, (Nom) \_\_\_\_\_ amb DNI/Passaport nº \_\_\_\_\_, faig constar que no presento en la actualitat cap patologia o altra de les situacions, ressenyades a continuació, incompatibles amb la pràctica del busseig esportiu: (Assenyalar si correspon)

- Haver-me estat diagnosticada alguna ENFERMETAT RESPIRATÒRIES GREUS com Tuberculosi, Pneumotòrax o Asma Bronquial Greu, amb ingrés hospitalari i/o actual tractament mèdic.
- Patir algun tipus de malaltia respiratòria aguda.
- Patir enfermetats de nas, gola, sinus o oïda que puguin impedir la correcta realització de la maniobra de Valsalva (Compensació de la pressió per diferencial hiperbàric)
- Patir ENFERMETATS CARDÍAQUES (Tals com cardiopatia isquèmica, arítmies patològiques, intervencions quirúrgiques de cor o altres)
- Patir enfermetats que puguin provocar PÈRDUA DE CONSCIÈNCIA (Tals com l'epilèpsia o alteracions nervioses)
- Patir HIPERTENSIÓ ARTERIAL no controlada i equilibrada correctament que necessiti un tractament mèdic regular.
- Patir enfermetats que provoquin MAREIG o VERTIGEN.
- Patir ENFERMETATS METABÒLIQUES com la DIABETIS o similars descompensades o no controlades correctament.
- Patir CLAUSTROFÒBIA o alguna fòbia anàloga.
- Patir problemes mentals o emocionals.
- Estar EMBARASSADA.
- Patir enfermetats o problemes mèdics i físics incapacitant o no, parcial o totalment, no mencionats anteriorment que facin incompatible la pràctica del busseig esportiu.

Així mateix, faig constar que els darrers exàmens E.C.G., radiològics de tòrax, O.R.L. y analítics de sang i/o orina foren NORMALS.

Amb la present signatura VERIFICO l'absoluta veracitat de les dades a dalt exposades corresponents al meu estat de salut o a la del menor al meu càrrec per qui signo aquesta declaració, per la qual exonero a l'instructor o monitor a càrrec de l'activitat subaquàtica de tots aquells perjudicis o danys que podessin derivar-se d'una falsa informació por la meva part.

**Signatura:**

(En cas de ser menor firma autoritzada d'un dels pares o tutor responsable)

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Revisat pel Departament Mèdic de FEDAS  
Juliol 2009