Informe Médico del Buceador | Formulario de evaluación del Médico Examinador

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 certificado legalmente autorizado

Fecha (dd/mm/aaaa)

Médico Examinador

(Mayúsculas)

Títulos/Credenciales clínicas

Centro Médico/Hospital

Dirección

Teléfono

Email

Sello del Médico/Hospital (opcional)