



HOJA DE INSCRIPCIÓN

Leer atentamente y rellenar en MAYÚSCULA

Nombre _____
Apellidos _____
Dirección _____
CP _____ Ciudad _____ País _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ DNI _____
Número de teléfono (móvil) _____
E-mail _____
Instagram _____
Profesión _____

Contacto en caso de emergencia

Nombre y apellidos _____
Relación _____
Número de teléfono _____

BUCEADORES CERTIFICADOS

Titulación de Buceo y Organización: _____
Seguro de Buceo, Nº Póliza y fecha de expiración: _____

Derechos de imagen redes sociales y página web:

"Yo, _____, por la presente otorgo permiso a La Perla Negra Dive para grabar imágenes o videos durante mi participación en el curso/sesión de buceo programado del ____/____/____ al ____/____/____. Entiendo y acepto que estas imágenes o videos pueden ser utilizados por La Perla Negra Dive exclusivamente para promoción en sus redes sociales y página web. Además, reconozco que estas imágenes o videos no serán cedidos a terceros sin mi consentimiento previo por escrito. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a La Perla Negra Dive.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Los datos aquí consignados son de uso exclusivo de La Perla Negra Dive, y siempre serán tratados con confidencialidad. Por favor, comuníquenos cualquier cambio que se produzca para mantenerlos actualizados. La Perla Negra Dive, garantiza igualmente que los datos personales no serán cedidos a ninguna tercera persona, empresa o entidad, salvo a aquellos que por obligaciones legales le sean requeridos.

PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, consiento expresamente a que mis datos personales sean registrados en el fichero de clientes titularidad de La Perla Negra Dive. Ésta como responsable del fichero, garantiza el acceso para la rectificación o anulación de los datos facilitados mediante el envío de petición escrita dirigiéndose a La Perla Negra Dive La Perla Negra Dive por correo electrónico a: laperlanegradive@gmail.com

Firma:

Fecha ____/____/____



Declaración de comprensión de Prácticas Estándares de Buceo Seguro

Lea detenidamente antes de firmar.

Esta declaración le informa sobre las prácticas establecidas para el buceo seguro para el buceo autónomo y el buceo en apnea. Estas prácticas se han recopilado para que las reciba y acepte, y pretenden aumentar su comodidad y seguridad mientras bucea. Es obligatorio que firme esta declaración como comprobante de que está enterado de estas prácticas para el buceo seguro. Lea y comente la declaración antes de firmarla. Si es menor de edad, el formulario también debe estar firmado por un padre o tutor.

Yo, _____ (Escriba su nombre en letra legible) _____ entiendo que como buceador debo:

1. Mantenerme en buenas condiciones físicas y mentales para bucear. Evitar estar bajo la influencia del alcohol o de drogas peligrosas al bucear. Mantener mi dominio en las habilidades del buceo, esforzándome por aumentarlas mediante la formación continua y repasándolas en condiciones controladas después de un periodo de inactividad de buceo, y consultando mis materiales del curso para mantenerme actualizado y recordar la información importante.
2. Estar familiarizado con mis sitios de buceo. De lo contrario, recibir una orientación formal de una fuente local competente. Si las condiciones para la inmersión son peores que aquellas en las que tengo experiencia, posponer la inmersión o seleccionar un sitio alternativo con mejores condiciones. Participar únicamente en las actividades de buceo acordes con mi entrenamiento y experiencia. No participar en inmersiones en cuevas o técnicas a menos que esté entrenado específicamente para ellas.
3. Usar equipo completo, bien mantenido y confiable con el cual esté familiarizado; e inspeccionar el ajuste y el funcionamiento correctos antes de cada inmersión. Tener un dispositivo de control de flotabilidad, sistema de hinchado de control de flotabilidad de baja presión, manómetro sumergible y fuente de aire alternativa y dispositivo de planificación/control de inmersiones (ordenador de buceo, RDP/tablas de inmersiones, el que esté entrenado para usar) cuando bucee con equipo autónomo. Negarme a que buceadores sin certificación usen mi equipo.
4. Escuchar detenidamente los briefings y las indicaciones de las inmersiones y respetar los consejos de quienes supervisen mis actividades de buceo. Reconocer que es recomendable contar con entrenamiento adicional para participar en actividades de buceo especializado, en otras áreas geográficas y después de periodos de inactividad que excedan de los seis meses.
5. Observar el sistema de compañeros en cada inmersión. Planificar las inmersiones (incluyendo comunicaciones, procedimientos para reunirnos en caso de separarnos y procedimientos de emergencia) con mi compañero.
6. Dominar la planificación de las inmersiones (uso del ordenador y las tablas de buceo). Realizar todas las inmersiones como si fueran sin descompresión y permitir un margen de seguridad. Tener un medio para controlar la profundidad y el tiempo bajo el agua. Limitar la profundidad máxima a mi nivel de entrenamiento y experiencia. Ascender a una velocidad que no supere los 18 metros/60 pies por minuto. Ser un buceador SAFE (seguro), ascender lentamente en cada inmersión. Realizar una parada de seguridad como precaución adicional, por lo general a 5 metros/15 pies durante tres minutos o más.
7. Mantener la flotabilidad adecuada. Ajustar el lastre en la superficie para flotabilidad neutra sin aire en mi dispositivo de control de flotabilidad. Mantener flotabilidad neutra al estar bajo el agua. Tener flotabilidad para nadar en la superficie y descansar. Mantener libre el lastre para quitarlo fácilmente, y establecer flotabilidad al estar en problemas mientras bucee. Llevar por lo menos un dispositivo de señalización de la superficie (como un tubo de señalización, silbato, espejo).
8. Respirar adecuadamente al bucear. Nunca aguantar la respiración ni detenerla al respirar aire comprimido, y evitar la hiperventilación excesiva al bucear aguantando la respiración. Evitar el sobreesfuerzo al entrar y al estar bajo el agua, y bucear dentro de mis limitaciones.
9. Utilizar un barco, flotador u otra superficie como estación de apoyo, siempre que sea factible.
10. Conocer y obedecer las leyes y los reglamentos locales de buceo, incluyendo las leyes de pesca y caza y la legislación sobre banderas de buceo.

Entiendo la importancia y los propósitos de estas prácticas establecidas. Reconozco que son para mi propia seguridad y bienestar, y que el no cumplirlas puede exponerme a riesgos al bucear.

Firma del Buceador

Fecha (Día/Mes/Año)

Firma del Progenitor o Tutor si se trata de menores de 18 años

Fecha (Día/Mes/Año)



Declaración de Riesgos y Responsabilidad/ Divulgación Ajena a la Agencia
ENTRENAMIENTO DE CARÁCTER GENERAL
(EU Version)

Por favor, lea detenidamente este documento y rellene los espacios en blanco antes de firmarlo

Divulgación Ajena a la Agencia y Acuerdo de Reconocimiento

Comprendo y acepto que los Miembros PADI ("Miembros"), incluyendo LA PERLA NEGRA DIVE y/o cualquier persona física PADI Instructores y Divemasters asociados al programa en el cual estoy participando están autorizados a utilizar las diversas Marcas Registradas de PADI y dirigir el entrenamiento PADI, sin embargo no son agentes, empleados o franquiciados de PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., o sus subsidiarios o corporaciones afiliadas a ("PADI"). Asimismo comprendo que las actividades comerciales de los Miembros son independientes, y no son propietarios ni están dirigidos por PADI, y que aunque PADI establece los estándares de los programas de buceo PADI, no es responsable de, ni tiene el derecho de controlar las operaciones de las actividades comerciales de los Miembros y la gestión diaria de los programas PADI y la supervisión de los buceadores por parte de los Miembros y de su personal asociado.

Declaración de Riesgos y Responsabilidad

Esta es una declaración por la que se le informa de los riesgos del buceo en apnea y el buceo autónomo. La presente declaración también establece las circunstancias en las que Ud. participa en el programa de buceo bajo su propio riesgo.

Su firma en la presente declaración es obligatoria como prueba de que la ha recibido y leído. Es importante que lea el contenido de esta declaración antes de firmarla. Si no entendiera alguna parte de la misma, por favor, coménteselo a su instructor. Si fuera menor de edad, este formulario también lo debe firmar uno de sus padres o tutores.

Advertencia

El buceo en apnea y el buceo autónomo comportan riesgos inherentes que pueden dar lugar a lesiones graves o producir la muerte.

Buceo con aire comprimido implica ciertos riesgos inherentes a ello: pueden producirse lesiones disbáricas, embolias u otras lesiones hiperbáricas que requieran tratamiento en una cámara hiperbárica. El entrenamiento y la obtención del título de buceador en aguas abiertas, puede implicar la necesidad de acometer viajes a lugares alejados, ya sea en el tiempo, en la distancia o en ambos, de una cámara de descompresión. El buceo en apnea y el buceo autónomo son actividades físicamente exigentes tal y como Ud. experimentará durante este programa de buceo. Tiene la obligación de informar de su historial médico, de forma veraz y completa, a los profesionales de buceo y a las instalaciones donde tenga lugar este programa.

Aceptación del Riesgo

Comprendo y acepto que, ni los profesionales de buceo que dirigen este programa, ADRIAN F. ROMERO FERNANDEZ, ni las instalaciones por medio de las cuales se dirige este programa, LA PERLA NEGRA DIVE, ni PADI EMEA Ltd., ni PADI Americas, Inc., ni sus afiliados o corporaciones subsidiarias, ni cualquiera de sus respectivos empleados, administrativos, agentes o cesionarios aceptan responsabilidad alguna por fallecimiento, lesión u otros daños/ pérdidas que yo sufra en la medida que resulte de mi propia conducta o de cualquier cosa o situación bajo mi control que implique mi propia negligencia.

En ausencia de cualquier negligencia u otro incumplimiento de las obligaciones por parte de los profesionales de buceo que dirigen este programa, ADRIAN F. ROMERO FERNANDEZ, las instalaciones a través de las que se dirige este programa, LA PERLA NEGRA DIVE, PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc., y todas las partes implicadas referidas anteriormente, entiendo que mi participación en este programa de buceo queda enteramente bajo mi propio riesgo y responsabilidad.

ACEPTO DE RECEPCIÓN DE ESTA DIVULGACIÓN AJENA A LA AGENCIA Y ACUERDO DE RECONOCIMIENTO Y DECLARACIÓN DE RIESGOS Y RESPONSABILIDAD Y MANIFIESTO QUE HE LEÍDO TODOS LOS TÉRMINOS ANTES DE FIRMAR DICHAS DECLARACIONES.

Nombre del participante (por favor, en mayúsculas)

Firma del Participante

Fecha (Día/Mes/Año)

Firma del padre/tutor (lo que proceda)

Fecha (Día/Mes/Año)



Informe Médico del Buceador | Cuestionario del participante (confidencial)

El buceo requiere una buena salud física y mental. Hay algunas condiciones médicas que pueden ser peligrosas durante la práctica del buceo, y que se enumeran a continuación. Aquellos que tienen o están predispuestos a cualquiera de estas condiciones, deben ser evaluados por un médico. Este Cuestionario de Médico del Buceador proporciona una base para determinar si Ud. debe buscar esa evaluación. Si tiene alguna inquietud acerca de su estado físico para la práctica del buceo y no están representadas en este formulario, consulte con su médico antes de bucear. Las referencias a "buceo" en este formulario abarcan tanto el buceo Recreativo con equipo autónomo como el buceo en apnea. Este formulario está diseñado principalmente como un examen médico inicial para los nuevos buceadores, pero también es apropiado para los buceadores que reciben educación continua. Por su seguridad y la de otras personas que pueden bucear con usted, responda a todas las preguntas honestamente.

Instrucciones

Complete este cuestionario como requisito previo para el entrenamiento de apnea o de buceo con equipo autónomo. para las mujeres: Si usted está embarazada, o intenta quedar embarazada, no bucee.

1	He tenido problemas con los pulmones, la respiración, el corazón y/o la sangre que afectan a mi rendimiento físico o mental normal	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro A	No <input type="checkbox"/>
2	Tengo más de 45 años.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro B	No <input type="checkbox"/>
3	Me cuesta realizar ejercicio moderado (por ejemplo, caminar 1,6 kilómetros/una milla en 12 minutos o nadar 200 metros/yardas sin descansar), O no he podido participar en una actividad física normal debido a razones de estado físico o de salud en los últimos 12 meses.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
4	He tenido problemas con mis ojos, oídos, o fosas nasales / senos paranasales.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro C	No <input type="checkbox"/>
5	He tenido una cirugía en los últimos 12 meses, O tengo problemas continuos relacionados con una cirugía anterior.	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
6	He perdido el conocimiento, he tenido dolores de cabeza por migraña, convulsiones, accidente cerebrovascular, lesión significativa en la cabeza, o he sufrido de lesión o enfermedad neurológica persistente.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro D	No <input type="checkbox"/>
7	He tenido problemas psicológicos (o he recibido tratamiento psicológico en los últimos 5 años), me diagnosticaron una discapacidad de aprendizaje, trastorno de la personalidad, ataques de pánico o una adicción a las drogas o el alcohol, me han diagnosticado un problema de aprendizaje o de desarrollo.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro E	No <input type="checkbox"/>
8	He tenido problemas de espalda, hernia, úlceras o diabetes.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro F	No <input type="checkbox"/>
9	He tenido problemas estomacales o intestinales, incluyendo diarrea reciente.	Si <input type="checkbox"/> Ir al Cuadro G	No <input type="checkbox"/>
10	Estoy tomando medicamentos recetados (con la excepción de los anticonceptivos o los medicamentos antipalúdicos que no sea Lariam-mefloquina).	Si <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

Firma del Participante

Si respondió NO a las 10 preguntas anteriores, no se requiere una evaluación médica. Por favor, lea y acepte la declaración del participante a continuación con la fecha y su firma.

Declaración del Participante: He respondido a todas las preguntas honestamente, y entiendo que acepto la responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de cualquier pregunta que pueda haber respondido inexactamente o por no haber revelado cualquier condición de salud existente o pasada.

Firma del participante (o, si es menor de edad, se requiere la firma del padre/tutor del participante.)

Fecha (dd/mm/aaaa)

Nombre del Participante (Mayúsculas)

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

Nombre del Instructor (Mayúsculas)

Nombre del Centro e Buceo (Mayúsculas)

* **Si respondió SI** a las preguntas 3, 5 o 10 anteriores **O** a cualquiera de las preguntas de la página 2, lea y acepte la declaración anterior con la fecha y su firma **Y** lleve el Formulario de **Evaluación del Médico (página 3) a su médico**, para una evaluación médica. La participación en un programa de entrenamiento de buceo, requiere la aprobación de su médico.

Informe Médico del Buceador | Cuestionario del Participante (Confidencial) Continuación

CUADRO A – TENGO/HE TENIDO:		
Cirugía torácica, cirugía cardíaca, cirugía de válvulas cardíacas, un dispositivo médico implantado (por ejemplo, stent, marcapasos, neuroestimulador), neumotórax y/o enfermedad pulmonar crónica.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Asma, sibilancias, alergias graves, fiebre del heno o vías respiratorias congestionadas en los últimos 12 meses que limite mi actividad física/ ejercicio.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Un problema o enfermedad que involucra mi corazón como: angina de pecho, dolor en el pecho en el esfuerzo, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, miocardiopatía o accidente cerebrovascular, O estoy tomando medicamentos para cualquier afección cardíaca.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis recurrente y tos persistente en los últimos 12 meses, O han sido diagnosticados con enfisema.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Síntomas que afecten a mis pulmones, respiración, corazón y/o sangre en los últimos 30 días y que perjudiquen mi rendimiento físico o mental.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
CUADRO B – TENGO MÁS DE 45 AÑOS Y:		
Actualmente fumo o inhalo nicotina por otros medios.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo un nivel alto de colesterol.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Tengo presión arterial alta.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
He tenido un familiar (de 1er. O 2º grado de consanguinidad) que murió de muerte súbita o de enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular antes de los 50 años, O tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca antes de los 50 años (incluidos ritmos cardíacos anormales, enfermedad de las arterias coronarias o cardiomiopatía)	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
CUADRO C – TENGO/HE TENIDO:		
Cirugía sinusal en los últimos 6 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades del oído o cirugía del oído, pérdida de audición o alteraciones del equilibrio.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Sinusitis recurrente en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía ocular en los últimos 3 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
CUADRO D – TENGO/HE TENIDO:		
Lesión en la cabeza con pérdida de conciencia en los últimos 5 años.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Lesiones o enfermedades neurológicas persistentes.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza recurrentes por migraña en los últimos 12 meses, o tomo medicamentos para prevenirlos.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Desvanecimientos o desmayos (pérdida total/parcial de la conciencia) en los últimos 5 años.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Epilepsia, ataques o convulsiones, O tomo medicamentos para prevenirlos.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
CUADRO E – TENGO/HE TENIDO:		
Salud conductual, problemas mentales o psicológicos que requieran tratamiento médico/psiquiátrico.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Depresión Mayor, tendencia suicida, ataques de pánico, trastorno bipolar descontrolado que requiere medicación/tratamiento psiquiátrico.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
He sido diagnosticado con una condición de salud mental o un trastorno de aprendizaje/desarrollo que requiere atención continua o de un alojamiento especial.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una adicción a las drogas o al alcohol que requiere tratamiento en los últimos 5 años.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
CUADRO F – TENGO/HE TENIDO:		
Problemas recurrentes en la espalda en los últimos 6 meses que limitan mi actividad diaria.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía de espalda o columna vertebral en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Diabetes, ya sea controlada por medicación o por dieta, O diabetes gestacional en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Una hernia no corregida que limita mis habilidades físicas.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras activas o no tratadas, heridas problemáticas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
CUADRO G – TENGO:		
Cirugía de ostomía y no tengo autorización médica para nadar o participar en actividad física.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Deshidratación que requiere intervención médica en los últimos 7 días.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales o intestinales activas o no tratadas o cirugía de úlceras en los últimos 6 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Ardor de estómago frecuente, regurgitación o enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa activa o no controlada o enfermedad de Crohn.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>
Cirugía bariátrica en los últimos 12 meses.	SI <input type="checkbox"/> *	No <input type="checkbox"/>

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)