

Fecha: __/__/____

DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Cédula/Pasaporte: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____



EN CASO DE ACCIDENTE CONTACTAR A:

1. Nombre: _____ Telefono: _____ Parentesco: _____

2. Nombre: _____ Telefono: _____ Parentesco: _____

3. Nombre: _____ Telefono: _____ Parentesco: _____

DATOS DE BUCEO

Nivel: _____ Certificaciones: _____

de certificación: _____ año de certificación: _____

Especialidades: _____

Nitrox: _____ # de certificación: _____ año: _____

Compañía de Seguro médico de buceo: _____ # afiliación: _____

Fecha de vencimiento del seguro: _____

de buceos: _____ Fecha del último buceo: _____ Prof. Máx: _____ Tiempo acumulado de buceos: _____

Accidentes de buceo: _____

Tasa de consumo de aire (PSI/hr): _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Seguro médico: _____ # de afiliación: _____ Tel. aseguradora: _____

Tipo de sangre: _____ RH: _____ Peso (kg): _____ Altura (cm): _____

Alergias y/o padecimientos: _____

Cirugías y año: _____

Fobias: _____

Medicamentos que toma actualmente: _____

Otra información relevante _____

***ENTREGAR COPIA DE CERTIFICADOS DE BUCEO Y DE SEGURO DAN, ASÍ COMO CERTIFICADO MÉDICO**

