



PROJECT DIVE EXPLORATION

Inscripción del Participante (Información del buzo)

FRC Code

Identificación Personal			
NOMBRE		APELLIDO	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	MIEMBRO DAN <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	NUMERO DE MIEMBRO
Información de Contacto			
TELÉFONO LABORAL	TELEFONO DEL HOGAR	E-MAIL	
DOMICILIO			
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	PAIS

Historia Médica		
FUMADOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	ALTURA _____ <input type="checkbox"/> ft/in <input type="checkbox"/> cm	PESO _____ <input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg

Por favor, lea toda la lista y marque la/las condiciones y/o medicamentos que apliquen para usted.		
Condiciones Médicas	Medicación Corriente	Nombre del Medicamento
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Alergias	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Antibióticos	
<input type="checkbox"/> Dolor en la espalda	<input type="checkbox"/> Anti-depresivos	
<input type="checkbox"/> Cirugía en la espalda	<input type="checkbox"/> Anti-epilépticas	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Anti-Malaria	
<input type="checkbox"/> Cirugía Oídos/SPN	<input type="checkbox"/> Asma (Vía Inhalatoria)	
<input type="checkbox"/> Problemas en Oídos/SPN	<input type="checkbox"/> Asma (Vía Oral)	
<input type="checkbox"/> Gripe o Resfrío	<input type="checkbox"/> Anticonceptivos	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Anti-Hipertensivos	
<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Descongestivos	
<input type="checkbox"/> Dolores musculares/articulares	<input type="checkbox"/> Diarrea	
<input type="checkbox"/> Alteración en Sist. Nervioso	<input type="checkbox"/> Gripe o Resfrío	
<input type="checkbox"/> Tratamiento previo para EDC	<input type="checkbox"/> Corazón o Circulación	
<input type="checkbox"/> Embarazo (actual)	<input type="checkbox"/> Insulina	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat Periférica	<input type="checkbox"/> Hipoglucemiantes Orales	
<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Analgésicos	
<input type="checkbox"/> Cirugía del algún tipo	<input type="checkbox"/> Antihistamínicos (Mal de mar)	
<input type="checkbox"/> Mal del mar (mareos)	<input type="checkbox"/> Vitaminas / Supl. Alimentarios	
<input type="checkbox"/> Otra (Describa más adelante)	<input type="checkbox"/> Otros:	
<input type="checkbox"/> Nada significativo	<input type="checkbox"/> No consumo NINGÚN medicamento	

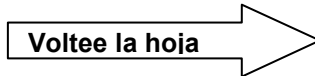
Experiencia en Buceo	
AÑO DE SU PRIMERA CERTIFICACIÓN: _____	NIVEL DE CERTIFICACIÓN MÁS ALTO ALCANZADO (Escoja solo uno, el más alto) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Open Water ☆ <input type="checkbox"/> Avanzado/Especialidad (AOW) ☆☆ <input type="checkbox"/> Rescue Diver <input type="checkbox"/> Dive Master ☆☆☆ <input type="checkbox"/> Instructor ☆☆☆☆ <input type="checkbox"/> Técnico: cuevas/cavernas/profundo <input type="checkbox"/> Científico <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Militar

Dé un número estimativo de cuántos buceos realizó en los últimos: 5 años: _____ 12 meses: _____

Cuándo fue su último buceo antes de participar en PDE? Fecha: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)

Si fueron menos de 48 horas antes de participar en PDE, especifique la hora de salida del mismo. ____:____ (h:m)

COMENTARIOS ADICIONALES: Por favor, describa sus problemas de salud o cualquier detalle significativo de su historia médica al reverse de esta forma.



COMENTARIOS ADICIONALES Podrán figurar en el narrative del Reporte Diario.

Por favor, describa cualquier detalle significativo de su historia médica que considere pueda interesarle a DAN

Gracias por decidir participar en Project Dive Exploration de DAN. Usted está dando un gran paso para moldear al futuro de la seguridad en el buceo. **Por favor, complete estas formas completa y detenidamente. Toda la información recolectada será utilizada con fines meramente científicos, y por lo tanto de manera estrictamente confidencial.** Si fuese necesario un miembro del staff de Divers Alert Network podrá contactarlo para clarificar algún aspecto de su información personal. Solo el personal encargado de realizar el presente estudio tendrá acceso a esta información. Su nombre no aparecerá en ninguna publicación de los resultados cuando estos fueren presentados en revistas médicas o en presentaciones de congresos. Si fuese necesario por cuestiones de reglamentaciones federales o estatales su registro podrá ser revisado. Entre los revisores se incluyen por ejemplo representantes Consejo Institucional de Estudios del Sistema de Salud de la Universidad de Duke (*DUHS - Duke University Health System Institutional Review Board*). Los resultados del estudio serán retenidos en su registro por no menos de seis años o hasta que el estudio haya sido completado, lo que ocurra primero. Alcanzado ese tiempo toda la información de la investigación que ya no esté en su expediente será destruida o la información que identifica será quitada de tales resultados del estudio de DUHS. Cualquier información de la investigación en su expediente médico será guardado indefinidamente.

He recibido la información que explica mi participación en Project Dive Exploration. Iniciales _____