

# FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del participante:

Fecha de Nacimiento (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 considere incompatibles con el buceo.

Firma del médico:

Fecha:

Nombre del médico:

Especialidad:

Centro Médico / Hospital:

Dirección:

Teléfono:  Email: